

Clara Argilés Román y Unai Gómez Miguel

**SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES: CAUSAS Y FACTORES QUE LA
LIMITAN Y EL ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Aina Folgueiras Vila

Grado en Enfermería, Campus Catalunya



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat d'Infermeria

TARRAGONA, 2024

Agradecimientos:

En primer lugar, nos gustaría dar las gracias a nuestra tutora, Aina Folgueiras, por acompañarnos en todo este proceso y por tener siempre mucha paciencia con nosotros.

En segundo lugar, a nuestras familias por apoyarnos y motivarnos para seguir adelante.

Por último, a nuestros amigos y amigas, que tanto nos han ayudado en los días buenos y días malos.

Relación de siglas y acrónimos

INE: Instituto Nacional de Estadística.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; en inglés
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition).

DS: Disfunción Sexual.

HDL: High Density Lipoprotein.

HTA: Hipertensión Arterial.

IRC: Insuficiencia Renal Crónica.

DE: Disfunción Eréctil.

meSH: Medical Subject Headings.

ASEX: Arizona Sexual Experiences Scale.

ITS: Infección de Transmisión Sexual.

SQUED: Short Questionnaire for Erectile Dysfunction.

IIFE: Índice Internacional de la Función Eréctil.

IFSF: Índice de la Función Sexual Femenina.

AP: Atención Primaria.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	8
2. OBJETIVOS	9
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	9
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3. MARCO TEÓRICO	9
3.1. La sexualidad	9
3.2. Factores que componen la sexualidad.....	10
3.3. El edadismo.....	11
3.4. Fisiología del ciclo sexual	14
3.5. Disfunciones sexuales más frecuentes	15
3.6. Factores de riesgo que agravan las disfunciones sexuales	18
3.7. La sexualidad en diferentes centros asistenciales	19
4. METODOLOGIA.....	24
4.1. Diseño	24
4.2. Muestra de estudio	24
4.3. Estrategia de búsqueda.....	24
4.4. Criterios de selección	25
5. RESULTADOS.....	26
6. DISCUSIÓN.....	43
6.1. Edad.....	43
6.2. Disponibilidad de pareja	44
6.3. Bienestar e intimidad en la pareja.....	45
6.4. Estado de salud físico y mental	46
6.5. Sexo	47
6.6. Estigma sexual	48
6.7. El papel de los profesionales de la salud	49
7. LIMITACIONES.....	51
8. CONCLUSIONES.....	52
9. BIBLIOGRAFÍA:.....	54
10. ANEXOS	62

RESUMEN

Objetivos: conocer las causas que limitan la sexualidad de las personas mayores, así como conocer las patologías más frecuentes relacionadas con la función sexual y el papel de los profesionales de la salud.

Metodología: se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática. Las bases de datos utilizadas han sido: Pubmed, CINAHL, Science Direct y CUIDEN. Nuestra muestra de estudio han sido las personas de la tercera edad, incluyendo así las personas mayores de 60 años.

Resultados: se han seleccionado un total de 23 artículos. 16 de estos artículos tratan sobre la sexualidad de las personas mayores (factores y aspectos que influyen en estos). 7 artículos hablan sobre el papel de los profesionales de la salud, donde 3 de ellos se centran en las actitudes y conocimientos de los estudiantes de enfermería. Otros 2 artículos exploran las experiencias de los pacientes durante las consultas de salud sexual. 1 artículo compara las prácticas de médicos especializados en sexualidad con los que no están especializados, y el último artículo habla sobre aspectos que facilitan el abordaje de la sexualidad en las consultas.

Conclusiones: Tras una revisión de la literatura, se puede afirmar que la sexualidad de las personas mayores se ve influida por aspectos multifactoriales, entre los cuales los que más influyen son: la edad, el sexo (femenino o masculino), la disponibilidad de pareja e intimidad, el estado de salud físico y mental y el estigma sexual. Los profesionales de salud debemos tener una visión holística sobre la sexualidad para poder llevar a cabo un correcto abordaje de la sexualidad.

Palabras clave: sexualidad, personas mayores, profesionales de la salud y estudiantes de enfermería.

ABSTRACT

Aims: to know the causes that limit the sexuality of the elderly, as well as to know the most frequent pathologies related to sexual function and the role of health professionals.

Methodology: A systematic literature review has been carried out. The databases used were: Pubmed, CINAHL, Science Direct and CUIDEN. Our study sample was the elderly, including people over 60 years old.

Results: 23 articles have been selected. 16 of these articles talk about the sexuality of older people (factors and aspects that influence it). 7 articles talk about the role of health professionals, where 3 of them focus on the attitudes and knowledge of nursing students. Another two articles explored patient experiences during consultations on sexual health. One article compared the practices of sexuality-specialized doctors with non-specialists, while the final article highlighted strategies for addressing sexuality in healthcare settings.

Conclusions: The literature review revealed that the sexuality of older adults is influenced by multiple factors, which the most influential are: age, sex (female or male), availability of partner and intimacy, physical and mental health status and sexual stigma. Health professionals must have a holistic perspective of sexuality, in order to carry out a correct approach to sexuality.

Key words: sexuality, elderly people, health professionals and nursing students.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La sexualidad es esencial en la vida de las personas; considerada una necesidad básica por Virginia Henderson (1) y conformando una de las bases de la pirámide de Maslow (2). Se mantiene presente durante todo el ciclo vital de las personas y afecta a todas las áreas del ser humano (física, psíquica, social...). Esto no es algo que desaparezca en la tercera edad, como comúnmente se cree.

Cada vez más la esperanza de vida aumenta; en 2021 fue de aproximadamente 83 años en España, siendo más alta en las mujeres (85,8 en mujeres y 80,3 en hombres). Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) (3), en 2035 esta esperanza de vida aumentará alrededor de tres años para los hombres y dos para las mujeres. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4), se prevé que en 2050 el número de personas mayores de 60 años en el mundo llegue a casi duplicarse, pasando de 12% al 22%.

Es por ello por lo que, desde la profesión enfermera se ha de fomentar el bienestar de las personas mayores, y tratar de conservar la salud durante esta etapa del ciclo vital. La educación y bienestar sexuales forman parte de este proceso de envejecimiento saludable, y para lograrlo debe haber profesionales formados y con las habilidades comunicativas necesarias para ofrecer un plan de cuidados adecuado y acorde a este periodo. (1)

Consideramos que es importante el abordaje de esta temática ya que, a lo largo de nuestra formación como enfermeros, hemos observado que es algo a lo que comúnmente se le resta importancia. En uno de los artículos analizados en este trabajo, (5) el 90,5% de los estudiantes de enfermería cree que la sexualidad debe abordarse (aunque no sea el paciente quien saque el tema). Aun así, el 50,5% no busca el momento para hablar de ello con sus pacientes, y el 50% no se siente seguro de hacerlo.

Creemos que, a nivel práctico (como por ejemplo en las prácticas clínicas), no se enseñan las herramientas suficientes para un manejo completo de la sexualidad en este colectivo, ya que es un tema tabú incluso en el ámbito sanitario.

Para ello, vemos conveniente hacer una revisión sistemática partiendo de unas preguntas iniciales que guiarán la línea de nuestra investigación: ¿Qué causas limitan la sexualidad de las personas de tercera edad? ¿Cuáles son las patologías más frecuentes relacionadas con la sexualidad en las personas mayores?; ¿Qué podemos hacer los profesionales de la salud para ofrecer un mejor abordaje de la sexualidad en

esta etapa?; ¿Cómo se sienten los estudiantes de enfermería al hablar sobre sexualidad con las personas mayores?

Bajo nuestro punto de vista, esta revisión bibliográfica es importante para conocer la información con la que se cuenta hasta la actualidad e identificar los aspectos que no se han investigado todavía. De este modo podremos asesorar mejor a las personas mayores en torno a su sexualidad y desmentir los mitos y falsas creencias que, tanto los profesionales como el resto de la sociedad tenemos hacia esta cuestión y que afectan negativamente a las personas mayores (6).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Conocer las causas que limitan la sexualidad en las personas de la tercera edad.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las patologías frecuentes que padecen las personas mayores de 60 años relacionadas con la sexualidad.
- Describir el papel de los profesionales de salud en la atención sexual de las personas mayores.
- Analizar los sentimientos que genera en los estudiantes de enfermería tratar la sexualidad en las personas mayores.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. La sexualidad

La sexualidad es un aspecto muy amplio y de gran importancia en la vida del ser humano. De acuerdo con la OMS «*la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.*» (7). Para comprender la sexualidad, primero se ha de entender aquello que la conforma, y para ello es necesario definir algunos términos:

- El **sexo** hace referencia a las características físicas del organismo y al funcionamiento del mismo. Se diferencia entre macho y hembra. (8)
- El **género** es un conjunto de normas culturales y características atribuidas a las personas basándose en su sexo. Es el modo en que la sociedad entiende el hecho de ser hombre o mujer. (9)

- La **identidad de género** es el grado de identificación con los roles atribuidos a cada sexo (forma de vestir, de relacionarse y de asumir las responsabilidades sociales, familiares y profesionales). Esta puede corresponderse (persona cisgénero) o no (persona transgénero o no binaria) con el sexo asignado al nacer. (9)
- **Orientación sexual:** deseo sexual o erótico-afectivo hacia las personas. Según hacia quién vaya dirigido, diferenciamos a personas: homosexuales (deseo hacia personas del mismo sexo), heterosexuales (deseo hacia personas de distinto sexo) o bisexuales (deseo hacia personas de ambos sexos). (9)
- La **intimidad** es un espacio abstracto compartido entre dos (o más) personas, que incluye aspectos emocionales (familiaridad, sentimientos...), sociales (la experiencia compartida) y físicos (caricias, relaciones sexuales...). Al contrario de lo que se cree, el deseo de intimidad no disminuye con la edad. (10) Sin embargo, puede perderse por motivos como: pérdida de la pareja, enfermedades que pueden causar disfunciones sexuales o reducir el deseo, uso de fármacos que causan disminución de la libido, cambios relacionados con la edad (disminución de hormonas sexuales), edadismo autoinfligido (puede provocar problemas con la autoestima y la autoimagen) ... entre muchos otros factores. (10). Pese a estas posibles barreras, muchas personas mayores continúan manteniendo relaciones sexuales con normalidad; la intimidad ayuda a mantenerlas y mejorarlas.

3.2. Factores que componen la sexualidad

Según la OMS, *“la sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”*; es decir, la sexualidad es el resultado de la combinación de todos estos factores. (7)

En las distintas culturas, se suele tener diferentes concepciones del envejecimiento y de las edades que delimitan el comienzo de la vejez, es decir, es algo que cambia en función del entorno social y cultural (11). Del mismo modo, las expectativas y roles que se atribuyen a las personas a estas edades también cambian al modificar el entorno, lo que demuestra que el envejecimiento es algo relativo. El entorno también nos influye de manera directa y cambia nuestra forma de envejecer según: el sexo, el origen étnico, los ingresos económicos, nuestro acceso al sistema de salud y a la educación... (12)

Es decir, el envejecimiento y la sexualidad son aspectos que a menudo no se conciben juntos, pero ambos son circunstancias que nos acompañan a lo largo de toda la trayectoria vital. Por ello, se ha de empezar a visibilizar que las personas mayores siguen siendo sexualmente activas y, por ende, requieren un cuidado del bienestar sexual.

3.3. El edadismo

3.3.1. Definición y prevalencia

El envejecimiento es un proceso natural que se da de manera constante a lo largo de toda la trayectoria vital. Es universal pero no uniforme, ya que este está determinado por factores individuales como el entorno físico y social, el sexo o el origen étnico. (4) Por ello, no necesariamente ha de estar vinculado con la edad en años de una persona, ya que estos cambios son relativos y son muy diversos. Según el informe mundial contra el edadismo realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (11), *“cuanto más tiempo vivimos, más diferentes somos de los demás, lo cual hace que la diversidad sea una característica distintiva de la vejez.”*

El edadismo es un término que hace referencia al fenómeno social en el que se discrimina a las personas por razón de edad. Estos son sesgos muy arraigados que provocan una invisibilización de la diversidad del grupo social discriminado. Tiene una gran prevalencia en nuestra sociedad y ha existido a lo largo de la historia en diversos países y culturas. A nivel mundial, una de cada dos personas es edadista con las personas de la tercera edad y, en Europa, una de cada tres personas refiere haber sido víctima de actitudes edadistas. (11)

Según la OMS, el edadismo se compone de estereotipos (cómo pensamos), prejuicios (cómo nos sentimos) y discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad. (12)

Los estereotipos son creencias y expectativas que atribuimos a un grupo social, y pueden ser positivos o negativos, pero todos ellos suelen ser perjudiciales, ya que se tratan de generalizaciones excesivas. Los prejuicios, por otro lado, son sentimientos, (generalmente de carácter negativo) hacia alguien según la percepción que se tiene sobre su pertenencia a un grupo social. La discriminación se entiende como las acciones realizadas sobre estos grupos sociales, que generalmente les provocan una desventaja (discriminación negativa), o ventaja (discriminación positiva). (13)

Además, también pueden diferenciarse distintos tipos de edadismo:

- **Edadismo institucional:** hace referencia al sistema jurídico (leyes, políticas, acciones llevadas a cabo por instituciones...), que perjudica a las personas por motivo de edad. Por ejemplo, en el ámbito de la salud, una práctica edadista muy normalizada es que las tomas de decisiones relativas a los tratamientos de apoyo vital vienen influenciadas según la edad del paciente. Esto provoca una gran diferenciación de resultados en la salud según el grupo etario al que se pertenezca. (14)

Estas prácticas no suelen ser realizadas conscientemente; por lo general, es debido a que estas normas llevan existiendo mucho tiempo y no se han visto modificadas, ni se cuestionan sus orígenes, considerándose normales en la actualidad.(11)

- **Edadismo interpersonal:** intervienen dos o más personas, y se diferencia al causante del edadismo y a la persona víctima de él. Por ejemplo, el infantilismo de las personas mayores, no tener en cuenta sus opiniones o hablarles con un tono condescendiente son formas de edadismo interpersonal. (11)
- **Edadismo autoinfligido:** es el llevado a cabo por las propias personas contra sí mismas, debido a la interiorización de los estereotipos aplicados en su grupo social. Esto explica, por ejemplo, por qué las personas suelen tratar de mantenerse jóvenes y sienten vergüenza de envejecer (15) (no se sienten orgullosos de decir su edad, utilizan cremas “antienvjecimiento”, limitan las actividades porque no se sienten capaces de realizarlas, o ya no son “adecuadas para su edad” ...)

Es frecuente que el edadismo se combine con otras formas de discriminación, como el machismo o el discapacitismo. Las mujeres, por ejemplo, suelen padecer una doble amenaza cuando envejecen, ya que están expuestas por un lado a las normas del sistema patriarcal y por otro lado al edadismo. Por ejemplo, los signos del envejecimiento como las canas y las arrugas, en el hombre son juzgados como un símbolo de sabiduría y distinción, mientras que las mujeres utilizan a menudo más productos para esconderlos, como tintes y productos de cosmética para prevenir arrugas, ya que estos signos las hacen parecer menos atractivas en muchas culturas. (11)

Por otro lado, las personas discapacitadas están expuestas a menudo a los mismos estereotipos asociados a la vejez, como por ejemplo la poca competencia, fragilidad...

De este modo, la discapacidad se asocia directamente con la vejez, aunque no todas las personas de la tercera edad sean discapacitados, y aunque existan personas jóvenes discapacitadas. Las personas mayores que son discapacitadas se enfrentan a un doble sesgo social, lo que hace más difícil la visibilidad de su diversidad. (11)

En resumen, el edadismo refleja cómo la sociedad entiende el envejecimiento y provoca una falta de comprensión de esta diversidad, perpetuando así estereotipos asociados a la vejez y provocando consecuencias negativas en la salud de las personas mayores, así como en el resto de la sociedad.

3.3.2. Consecuencias del edadismo

A nivel individual, el edadismo provoca una reducción de la calidad de vida de las personas mayores por diversos motivos: en primer lugar, tener actitudes negativas frente al envejecimiento provoca comportamientos negativos hacia uno mismo cuando se envejece. Este hecho mengua la esperanza de vida entorno a unos 7,5 años con respecto a quienes tienen actitudes positivas ante el envejecimiento (6). Además, la falta de aceptación de la pérdida de capacidades hace que se retrase la toma de algunas decisiones como la adaptación de la vivienda a las nuevas necesidades, lo que puede poner en peligro la seguridad y la integridad física de las personas. (16)

El edadismo, según la OMS, se asocia directamente con una salud física y mental más deficiente, mayor deterioro cognitivo y mayor dificultad en la recuperación de las enfermedades. Todo ello reduce la calidad de vida de los ancianos, aumentando también la incidencia de soledad y aislamiento social (15). Además, los estereotipos formados de las personas mayores restringen su capacidad de expresar su sexualidad, ya que se suele tener la concepción de que las personas mayores no están interesadas en el sexo. (6)

Para hacer frente a estos prejuicios, estereotipos y discriminaciones, se ha de entender el envejecimiento como una etapa más de la vida, reconocer la diversidad de la vejez (entendiendo los cambios de la edad como algo digno de respeto) y hacer partícipes a las personas mayores en la toma de decisiones (16). Los avances a lo largo de la historia ante otros problemas sociales, como el racismo o el sexismo, demuestran que es posible realizar un cambio también hacia una sociedad menos edadista, y esto es necesario para lograr alcanzar un envejecimiento saludable y equitativo (15).

3.4. Fisiología del ciclo sexual

3.4.1. Sexo masculino

En el caso de los hombres, se podría decir que una función sexual normal es la interacción y participación de la mente y el cuerpo; el sistema nervioso, circulatorio y endocrino interaccionan con la mente para que se produzca la respuesta sexual. Las fases del ciclo sexual masculino son (17):

1. **El deseo, estímulo sexual o libido:** es el impulso que hace querer tener relaciones sexuales. Se desencadenan por los pensamientos, palabras, olores, tactos, visión...
2. **Excitación sexual:** en la excitación, el cerebro envía señales nerviosas por la médula espinal hacia el pene. Las arterias suministran sangre a los tejidos eréctiles, en este caso a los cuerpos cavernosos y cuerpos esponjosos, que responden haciéndose más anchos, se relajan y dilatan. La expansión hace que se cree una presión comprimiendo así las venas del pene (normalmente evacuan la sangre del pene, pero como están comprimidas se retarda la salida, elevando así la presión sanguínea del pene). Esta presión hace que se produzca la erección y la rigidez del pene, además de aumentar la tensión muscular de todo el cuerpo.
3. **Fase de meseta:** la excitación y la tensión muscular se intensifican.
4. **El orgasmo:** es el punto máximo o el clímax de la excitación sexual. Se intensifica mucho más la tensión muscular del cuerpo, se contraen los músculos de la pelvis y a continuación viene la siguiente fase.
5. **La eyaculación:** se produce cuando los nervios estimulan las contracciones de los músculos de las vesículas seminales, próstata, conductos del epidídimo y conductos deferentes. Estas contracciones hacen que el semen vaya a la uretra y los músculos que la rodean se contraen sacando el semen hacia fuera del pene. El cuello de la vejiga también se contrae para que el semen no retroceda hacia la vejiga. La eyaculación y el orgasmo se producen casi al mismo tiempo, pero son dos fenómenos diferentes. Pocas veces puede ocurrir una eyaculación sin orgasmo, pero, lo que sí puede ocurrir es que se produzca un orgasmo sin eyaculación. Esto puede ocurrir antes de la pubertad, como efecto secundario de algunos antidepresivos o tras la cirugía de extirpación de colon o de próstata.
6. **Fase de resolución:** se vuelve al estado anterior de la excitación. Las arterias del pene se constriñen y el músculo liso de los cuerpos cavernosos y del cuerpo esponjoso se contraen, reduciendo así el aporte de sangre y facilitando la salida

de sangre del pene. El pene recupera su flacidez, llamada detumescencia. Después del orgasmo no puede conseguirse una segunda erección durante algún tiempo (periodo refractario), normalmente suele ser de 20 minutos. En el caso de los hombres jóvenes puede ser menor el tiempo, pero a medida que aumenta la edad suele aumentar este periodo refractario.

3.4.2. Sexo femenino

En el caso de las mujeres, al igual que en los hombres, la respuesta sexual está condicionada por varios factores. A nivel hormonal, los estrógenos influyen en la respuesta sexual, además de ayudar a mantener la sensibilidad del tejido genital, pH vaginal, microflora normal, elasticidad, lubricación y tono de la pelvis.

Después de la menopausia la producción ovárica de estrógenos cesa, pero no está claro si esta disminución de las hormonas desempeña algún papel en la disminución del deseo sexual, interés o excitación. El ciclo sexual femenino se compone de las siguientes fases (ver Anexos: Tabla 1.) (18):

- 1. El deseo o libido:** son las ganas de participar en una actividad sexual. Este interés se debe a muchos factores, al igual que en los hombres.
- 2. La excitación:** los genitales comienzan a hincharse y lubricarse. Las células musculares lisas que hay alrededor de la vulva, clítoris y arteriolas vaginales se dilatan, por lo que se aumenta el flujo de sangre y la transducción de líquido intersticial del epitelio vaginal, lo que se le conoce como lubricación.
- 3. El orgasmo:** es el momento de excitación pico, y se acompaña de las contracciones de los músculos pelvianos y la reducción lenta de la congestión genital.
- 4. La resolución:** es la fase final que se acompaña de un estado de bienestar, relajación muscular generalizada o de fatiga. Algunas mujeres pueden responder a estimulación adicional casi seguidamente después de esta fase.

En el caso de las mujeres es posible alcanzar orgasmos múltiples sin reducir la excitación sexual por debajo de la meseta.

3.5. Disfunciones sexuales más frecuentes

Según la OMS (19), la disfunción sexual se podría definir como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea. Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (20) todos los

trastornos de disfunción sexual requieren de un mínimo de seis meses para definirlos como tal. Puede ser consecuencia de determinados factores físicos o psicológicos. A veces, quienes lo padecen se presionan a sí mismos, o bien se sienten presionados por sus parejas para rendir sexualmente, y se angustian cuando no pueden hacerlo, generando ansiedad por desempeño sexual, lo que podría empeorar el disfrute de las relaciones sexuales.

3.5.1. Epidemiología:

Se calcula que la disfunción sexual afecta a entre el 4 y el 10% de la población. Entre los hombres, las más prevalentes son la disfunción eréctil, que afecta a 12-19% de los varones, y la eyaculación precoz, que representa el 30% de consultas de sexología (21). En las mujeres, las disfunciones más comunes son los trastornos del deseo, los cuales incluyen falta de interés sexual o incapacidad de lubricación vaginal (10% de las mujeres), y la anorgasmia (representan un 5-10% de las consultas de disfunciones sexuales) (21).

A nivel global, las disfunciones sexuales que se consultan con mayor frecuencia son la disfunción eréctil, eyaculación precoz, deseo sexual hipoactivo, anorgasmia femenina, vaginismo y trastornos del orgasmo masculino (21).

3.5.2. Disfunciones sexuales en hombres:

Los trastornos eyaculatorios son las disfunciones sexuales más frecuentes en los hombres, y dentro de este grupo podemos encontrar:

- **Eyaculación precoz:** es la eyaculación que se produce demasiado pronto (antes de la penetración o poco después). La causa más común es la ansiedad, u otros factores psicológicos. Esta situación se empeora cuando se mantienen relaciones sexuales con menor frecuencia. Pocas veces la causa es por alguna enfermedad, pero se pueden dar en casos de inflamación de la próstata, hipertiroidismo o trastornos del sistema nervioso. (22)
- **Eyaculación retrógrada:** ocurre cuando se eyacula el semen hacia el interior de la vejiga en lugar de hacia fuera. En este caso la parte de la vejiga, que en condiciones normales se cierra durante la eyaculación, permanece abierta. La causa más común es por alguna cirugía de la próstata. Otras causas puede ser la diabetes, lesiones en la columna vertebral, algunos fármacos o intervenciones

quirúrgicas abdominales o de la pelvis. Puede causar infertilidad, pero no produce ningún otro perjuicio. (23)

- **Aneyaculación:** es la ausencia de eyaculación. Suele estar causada por la incapacidad de alcanzar el orgasmo o por cirugía de la próstata. Además, algunos trastornos mentales o medicamentos usados para estas patologías pueden afectar a esta disfunción. (24)

Por otro lado, la **disfunción eréctil (DE)** (25) es la incapacidad de conseguir o mantener una erección satisfactoria para realizar el coito. En algún momento todos los hombres tienen problemas para lograr una erección y es un hecho normal. Sin embargo, no se considera un síntoma normal del envejecimiento y dentro de las causas se pueden encontrar:

- Ateroesclerosis
- Diabetes mellitus
- Cirugías prostáticas
- Medicamentos para tratar la hipertensión arterial, la hipertrofia prostática o la depresión.

3.5.3. Disfunciones sexuales femeninas

En las mujeres las disfunciones sexuales más frecuentes son:

- **Trastorno de dolor genitopélvico/trastorno de la penetración:** es la dificultad que se da durante la penetración vaginal. Incluye la contracción involuntaria de los músculos de la pelvis (vaginismo), dolor en el coito (dispareunia) o por el miedo y ansiedad. Las causas pueden ser factores físicos y psicológicos. (26)
- **Trastorno del orgasmo femenino:** caracterizado por la ausencia de orgasmos, infrecuentes, con intensidad disminuida o con un retraso importante a pesar de tener niveles normales de excitación. Las causas pueden ser muy variadas: como los factores contextuales, falta de comunicación con tu pareja, factores psicológicos, factores culturales, falta de conocimiento... (27)
- **Trastorno del interés sexual/excitación:** es la ausencia o disminución del interés sexual para empezar la actividad sexual, placer, pensamientos y fantasías. Hay distintos tipos: en la subjetiva, la mujer no se excita, pero sí existe una respuesta física al estímulo sexual. La genital es cuando hay una excitación ante la estimulación no genital, pero no en respuesta de una estimulación genital. Puede aparecer déficit de lubricación vaginal o falta de sensibilidad. Por último, la mixta es cuando la excitación no se da en ningún tipo de estimulación sexual.

Las causas pueden ser psicológicas, experiencias sexuales traumáticas o factores físicos, como distrofias vaginales, síndrome genitourinario... (28)

3.6. Factores de riesgo que agravan las disfunciones sexuales

- **Factores de riesgo cardiovasculares:** afectan al endotelio vascular provocando daños en los órganos. (29)
 - Edad: la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares se dispara a partir de los 45 años, llegando a casi el 40% a los 65 años. Por lo tanto, mayor riesgo de padecer disfunciones sexuales.
 - Hipertensión arterial (HTA): los varones con HTA tienen una prevalencia más alta de disfunción eréctil. Además, se cuestiona si la mayor tasa de disfunción sexual en los individuos se debe a la propia enfermedad o al tratamiento farmacológico (observar en Anexos. Tabla 2: fármacos que alteran la función sexual). Por otro lado, las mujeres sufren dificultades para lubricar y alcanzar el orgasmo; el 18% de las mujeres hipertensas manifiestan disfunciones sexuales.
 - Colesterol: según algunos estudios un nivel bajo de High Density Lipoprotein (HDL) es un factor de riesgo para las disfunciones eréctiles.
 - Ejercicio físico: un estilo de vida sedentario está relacionado con la disfunción eréctil.
 - Tabaco: se requiere de más estudios para saber si el tabaquismo es un factor de riesgo para la disfunción eréctil o es un amplificador de otros factores de riesgo.
- **Aterosclerosis:** la causa más común de disfunciones sexuales (DS) orgánica es de origen vascular por lo que la presencia de esta enfermedad afecta enormemente. (29)
- **Diabetes Mellitus:** los mecanismos de las DS que pueden ocasionar esta enfermedad pueden ser endoteliales, vasculares, neuropáticos, hormonales... Además, el control glucémico inapropiado puede tener un impacto negativo sobre la disfunción eréctil. En el caso de las mujeres diabéticas, las DS más frecuentes fueron: disminución de la lubricación vaginal (37%), problemas del deseo (26,7%) y orgasmo (21%) y dispareunia (23,1%) (29)
- **Insuficiencia Renal Crónica (IRC):** como tiene un origen multifactorial tiene afectaciones endocrinas, neurológicas, vasculares, farmacológicas... La IRC

puede provocar la disfunción eréctil en el 80% de los hombres y deseo sexual hipoactivo en el 73% de las mujeres. (29)

- **Alteraciones genitourinarias:** lesiones traumáticas genitales, vaginitis atrófica, endometriosis, fimosis, prolapsos uterinos, neoplasias, próstata hipertrófica... (29)
- **Enfermedades neurológicas:** por ejemplo, el 60-85% de los hombres con enfermedad de Parkinson sufren de DS mientras que el 75% de las mujeres con esta enfermedad tienen dificultades para llegar al orgasmo. La esclerosis múltiple también tiene una gran incidencia de DS. (29)

Por último, existen factores de riesgo psicológicos y sociales. El problema más común es la ansiedad, que genera dificultad para mantener la erección. Experiencias vividas en el pasado pueden hacer que se creen nuevas expectativas y pensamientos negativos que influyan. Las disfunciones sexuales pueden aparecer asociadas a periodos de gran estrés, ansiedad, estados depresivos, baja autoestima...(30)

Además, la nula o deficiente educación sexual también se potencia con los estereotipos de género, que pueden crear ideas erróneas sobre el papel de la sexualidad. Los problemas de comunicación también juegan un papel fundamental a la hora de la actividad sexual. (30)

3.7. La sexualidad en diferentes centros asistenciales

Creemos conveniente analizar la sexualidad en dos tipos de instituciones asistenciales; por un lado las residencias de personas mayores, ya que es el lugar donde mayor población anciana encontraremos y, en segundo lugar, desde la atención primaria (AP), que es el nivel básico y la “puerta de entrada” de atención a la salud.

3.7.1. La sexualidad en residencias de mayores

Los cuatro principios básicos que los profesionales de salud deberíamos seguir para llevar a cabo una práctica clínica segura y respetuosa se conocen como los principios de la ética biomédica de Beauchamp y Childress (31). Aplicados a la sexualidad, se deberían tener en cuenta los siguientes aspectos: (32)

- **Principio de autonomía:** en el caso de la sexualidad, sería el derecho de ofrecer nuestro apoyo a las personas para lograr su autodeterminación de sus preferencias y expresión sexual, garantizando su derecho a la privacidad.

- **Principio de beneficencia:** en este caso, todas las personas tenemos derecho a disfrutar de la intimidad, placer y emociones positivas relacionadas con las experiencias sexuales.
- **Principio de no maleficencia:** se trata de evitar que una persona esté expuesta a riesgos relacionados con comportamientos sexuales no consentidos, o ser víctima de abusos.
- **Principio de justicia:** implica examinar con cuidado cualquier intervención que supone la restricción de la actividad sexual de la persona a la que se le está aplicando.

En el caso del entorno residencial son varias las barreras que tienen las personas mayores para llevar a cabo su sexualidad. (32)

- **Entorno físico:** un ejemplo podría ser que la mayoría del tiempo las personas mayores comparten tiempo en espacios compartidos (comedor, jardín...) dejando de lado tiempo para la intimidad. Otro ejemplo es que en cualquier momento se puede entrar en la habitación de un residente, pudiendo interrumpirle y creando desconfianza, además algunas residencias tienen como protocolo el de dejar las puertas abiertas todo el tiempo por un asunto de seguridad.
- **Aspectos filosóficos sobre los cuidados:** muchas veces se concibe a los profesionales de la salud como figuras que ofrecen cuidados, dejando así a la persona mayor como paciente. Lo que conseguimos es que la persona no participe en sus propios cuidados y que se le excluya en la toma de decisiones. Por otro lado, se tiene todavía un modelo tradicional donde la dimensión de la sexualidad está fuera de las necesidades básicas.
- **La actitud de los propios profesionales:** en primer lugar, la heterogeneidad entre los profesionales puede ser un principal problema; las formaciones son diversas, las creencias religiosas y culturales son diferentes, así como la diferencia de edad entre los. Esto puede provocar que la sexualidad no se trate, o que pueda generar incomodidad ante la comunicación de los deseos sexuales. Otro gran problema son las condiciones de trabajo que están sometidos los trabajadores, que normalmente no son las ideales.
- El **perfil de las personas mayores** que viven en las residencias tampoco acompaña, ya que muchas de ellas tienen enfermedades crónicas con procesos de dependencia moderados, y con un gran volumen de fármacos para tratar esas enfermedades. Como se ha comentado anteriormente, muchos fármacos

pueden entorpecer el deseo sexual. Otro gran problema es que gran parte de las personas son viudas y tienen un gran sentido de la fidelidad, por pertenecer a otra generación diferente.

- La **familia** también comporta un papel importante ya que muchos de ellos no contemplan que las personas mayores puedan ser sexualmente activos y solo de pensarlo les genera incomodidad.

3.7.2. ¿Qué podemos hacer los profesionales de la salud?

La guía de actuación para profesionales sobre la sexualidad en entornos residenciales de personas mayores (32) habla sobre algunas recomendaciones que se pueden llevar a cabo:

- Elaborar un plan de formación sobre la sexualidad con varias fases. En primer lugar, es necesario tener conocimientos previos, por lo que el papel de la universidad podría ser clave. Posteriormente, los profesionales deben seguir recibiendo formación continuada y materia actualizada sobre la sexualidad, y, por último, se debería realizar anualmente una revisión de las necesidades formativas en materia de la sexualidad en la vejez.
- Elaborar un registro de situaciones problemáticas para los profesionales donde se podría resolver ese problema de manera multidisciplinar si no se ve capaz de resolverlo por sí mismo.
- Reconocer el derecho que tienen las personas a poder expresar sus necesidades afectivo-sexuales y de que no deberían recibir ningún tipo de discriminación. Además de informar a los propios residentes sobre los derechos que tienen.
- Incluir el abordaje de aspectos relacionados con las necesidades sexuales: espacios seguros donde expresarse, ofrecer talleres sobre educación sexual...
- Informar y asesorar a los familiares sobre el derecho sexual que tienen sus familiares y sobre sus necesidades afectivo-sexuales.

Además de estas actuaciones, lo más importante es realizar un cambio de filosofía hacia modelos más centrados en las personas, para así facilitar el reconocimiento y la promoción de los derechos sexuales de las personas mayores.

3.7.3. Abordaje de la sexualidad desde las consultas de Atención Primaria

Las situaciones relacionadas con la sexualidad que se pueden encontrar en la consulta de atención primaria son: (29)

- Desconocimiento en materia de sexualidad: en este caso lo recomendable es, tras conocer qué necesita saber el paciente, ofrecer información precisa e individualizada.
- Disfunciones sexuales: tratamiento y seguimiento por parte del médico de atención primaria y tratar de disminuir o suprimir los síntomas de la disfunción. Se requiere derivación en caso de no obtener resultados.
- Problemas sexuales con conflicto psicológico: igual que en el caso anterior, se ha de tratar y realizar un seguimiento del paciente, y en caso de no obtener resultados, derivar a un especialista.

En los dos últimos casos, por parte de enfermería se ha de saber detectar los signos y síntomas de alarma que requieran derivación a medicina. Además, se ha de crear un clima adecuado en el que el paciente se sienta cómodo en el abordaje de estas cuestiones, ofrecer una escucha activa y fomentar la expresión de pensamientos y emociones.(32)

Se deben abordar también los aspectos que condicionan la calidad de vida del paciente y que hacen que su salud sexual se vea disminuida, como los hábitos tóxicos (tabaquismo, consumo de alcohol u otras drogas...), el sedentarismo... Hay que destacar que los consejos sexuales no están dirigidos únicamente a las personas con disfunciones sexuales, sino que también tienen un papel preventivo y sirven, asimismo, para mejorar la calidad de la salud sexual de las personas, por lo que es un aspecto más a valorar en la salud del paciente.(32)

Se ha de incidir en que la satisfacción sexual no se centra únicamente en la genitalidad, sino que en ella también influyen necesidades afectivas (seguridad, confianza, estabilidad relacional...); se debe pensar en la penetración como una opción más del disfrute, no como el eje central de la relación. Las palabras, los besos, las risas y dedicar tiempo a aumentar los niveles de excitación es una buena forma de mejorar la relación sexual y afectiva, además de disminuir la incidencia de problemas sexuales relacionados (en ocasiones) con la falta de estas prácticas, como por ejemplo el vaginismo y la dispareunia en las mujeres. (33)

3.7.4. Cuestionarios de Atención Primaria

Los cuestionarios que se encuentran a la disposición de los profesionales sanitarios para valorar el bienestar sexual de los pacientes son muy variados. Los más utilizados en consulta son los siguientes:

- **Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF)**. Evalúa el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor en las últimas 4 semanas, mediante 19 ítems a los que se les asigna una puntuación de 0 a 6 (según el nivel de acuerdo o desacuerdo). La puntuación total máxima es de 96, considerándose riesgo de disfunción sexual a una puntuación menor de 26. Esta es una de las escalas más utilizadas en la valoración de la disfunción sexual en mujeres, y se ha propuesto como un *Gold standard* para su diagnóstico (34). Observar en anexos. Imagen 1: cuestionario IFSF.
- **Cuestionario para la Salud y Disfunciones Sexuales Femeninas en AP (SyDSF-AP)**. Validada en España, se compone de 21 preguntas que evalúan el estado de salud y entorno sociodemográfico (en la pregunta 1 a 9); la función sexual (preguntas de la 10 a la 18), la satisfacción con la pareja y una pregunta abierta que recoge comentarios surgidos durante la realización del cuestionario. No establece ninguna puntuación; se utiliza como anamnesis y/o método diagnóstico complementario (34).
- **Sospecha de disfunción eréctil (Short Questionnaire for Erectile Dysfunction; SQUED)**. Cuestionario validado en España en el ámbito de la atención primaria. Evalúa: la capacidad de conseguir la erección, la capacidad de mantenerla y la satisfacción con la relación sexual en los últimos 6 meses. Consta de 3 preguntas a las que se les otorga una puntuación del 0 al 5; cada una evalúa los aspectos comentados anteriormente. La puntuación para considerar disfunción eréctil (DE) se establece en menos de 13 puntos (34).
- **Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE)**. Este cuestionario es de los más utilizados en los hombres. Valora la función eréctil, el orgasmo, el deseo sexual, la satisfacción con el acto y la satisfacción sexual general. Para cada ítem (15 en la versión completa y 5 en la abreviada), hay una puntuación del 0 al 5. La obtención de menos de 22 puntos refleja algún tipo de disfunción eréctil (34).

4. METODOLOGIA

4.1. Diseño

Para dar respuesta a los objetivos planteados se ha realizado un estudio de revisión bibliográfica sistemática, la cual consiste en recopilar y analizar la información disponible hasta la actualidad sobre el tema en cuestión.

Este tipo de estudio es útil ya que, gracias a ellos se pueden identificar las lagunas que existen en el ámbito del conocimiento (35) y los aspectos que necesitan ser más desarrollados.

4.2. Muestra de estudio

La población a la que se dirige el presente estudio son las “personas mayores”, o de la tercera edad. Con estos términos se hace referencia a aquellas personas mayores de 60 años.

En países desarrollados como España (36), debido a la elevada esperanza de vida, se considera el principio de la senectud a la edad de 65 años. Sin embargo, organismos internacionales como la OMS establecen el inicio de la tercera edad a los 60 años, ya que esta es la edad a la que comúnmente se deja de trabajar en países subdesarrollados, en los que la regulación de la jubilación no está bien definida. Además, la mayoría de los estudios realizados en torno a la sexualidad de las personas mayores, utilizan como muestra de estudio personas a partir de los 60 años. (4)

4.3. Estrategia de búsqueda

Para la realización de la búsqueda bibliográfica, se han utilizado las siguientes bases de datos: Pubmed, CINAHL, Science direct y CUIDEN; utilizando palabras clave (descritas en las Tablas 3 y 4), en un lenguaje controlado por el tesoro del Medical Subject Headings (MeSH). Se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR” en todo el proceso de búsqueda para así combinar los conceptos y realizar una búsqueda más definida.

Se realizaron un total de dos búsquedas bibliográficas en todas las bases de datos descritas, y se aplicaron los siguientes filtros en las que lo permitían: artículos a texto completo, publicados desde 2019 hasta la actualidad, en inglés o español, artículos de investigación, y cuya muestra incluyeran personas mayores de 60 años.

En las tablas 3 y 4 se sintetiza el proceso de búsqueda:

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	RESULTADOS	SELECCIONADOS
"elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric OR elderly people OR old people OR senior AND sexual health"	CINAHL	122	10
	PUBMED	1425	4
	SCIENCEDIRECT	0	0
	CUIDEN	0	0
TOTAL		1547	14

Tabla 3: estrategia de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	RESULTADOS	SELECCIONADOS
"sexuality AND older people OR aged people"	CINAHL	376	0
	PUBMED	250.181	6
	SCIENCEDIRECT	857	3
	CUIDEN	0	0
TOTAL		251.414	9

Tabla 4: estrategia de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

4.4. Criterios de selección

Para acotar la búsqueda, se han decidido aplicar los siguientes criterios de inclusión y exclusión a nuestro estudio.

Criterios de inclusión:

- Artículos con investigaciones originales.
- Artículos con un máximo de cinco años de antigüedad.
- Artículos en castellano, catalán o inglés.
- Artículos cuya población de estudio incluya a personas mayores de 60 años, o a profesionales y estudiantes de la salud.

En cuanto a los criterios de exclusión, se rechazarán:

- Estudios centrados en personas con deterioro cognitivo o discapacidad grave.
- Artículos que no estén a texto completo.

5. RESULTADOS

Para la elaboración de esta revisión sistemática se han incluido un total de 23 artículos (estudios cualitativos, analíticos, descriptivos, transversales...). Se realizaron dos búsquedas bibliográficas utilizando las estrategias de búsquedas descritas en el apartado de metodología (ver punto 4.3), en las que se consiguieron un total de 252.961 artículos. Tras la lectura del título y resumen de estos, se escogieron por su idoneidad 63 artículos, de los cuales solamente se seleccionaron 28 artículos después de una lectura más exhaustiva, por ser los que se ajustaban a los objetivos de la revisión. Tras eliminar los artículos duplicados (5), finalmente fueron incluidos la totalidad de 23 artículos.

Los resultados del proceso de selección de los artículos están resumidos en el Gráfico 1 en un diagrama de PRISMA (37)

Identificación de estudios a través de bases de datos y registros

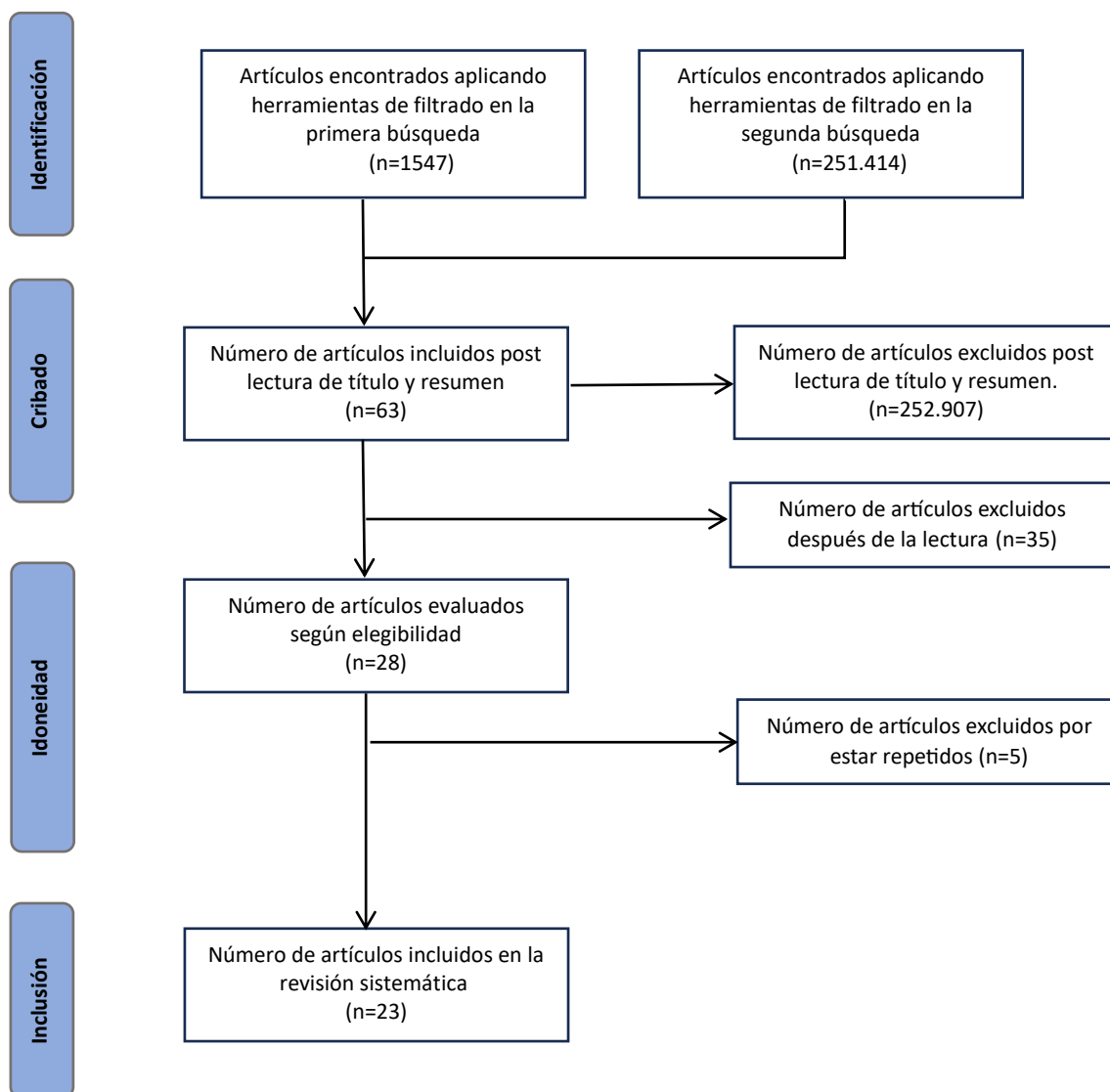


Gráfico 1: diagrama de flujo según los criterios PRISMA 2020 (37)

Fuente: elaboración propia

En esta revisión se han incluido tres artículos cuya muestra de estudio incluían a personas menores de 60 años, pese a no ser los criterios de inclusión definidos para esta revisión. Estos artículos se han integrado ya que se habla en ellos de las personas mayores (>60 años), aunque esta no sea la población única de estudio; y debido a la relevancia de sus resultados para este trabajo.

Respecto a los resultados obtenidos, hemos podido extraer distintos aspectos que nos ayudarán a consolidar la discusión:

Se han incluido 16 artículos que hablan sobre la sexualidad de las personas mayores; todos hablan sobre los factores que influyen y/o analizan la correlación entre la actividad sexual y factores biopsicosociales, u otros aspectos que pueden influir directamente en la sexualidad de los ancianos.

Se ha encontrado que los factores que más influyen en la sexualidad son: la edad, la disponibilidad de pareja, la intimidad, el estado de salud físico y mental, el estigma sexual y el sexo (masculino o femenino). Es por ello que se analizarán los resultados obtenidos en estos 16 artículos según los factores mencionados.

Por otro lado, 7 artículos han sido incluidos que hablan sobre el papel de los profesionales en el abordaje de la sexualidad en la vejez.

3 de ellos hablan sobre las actitudes y conocimientos de los estudiantes de enfermería en este ámbito, en los que se objetiva que, a mayor nivel de formación, menores son las actitudes negativas ante la sexualidad en la vejez, y mayores las herramientas para realizar un abordaje correcto.

2 hablan sobre las preferencias y sensaciones de los pacientes en la consulta al abordar el tema de la sexualidad. Donde la respuesta de los pacientes es positiva y necesaria para el diagnóstico de disfunciones sexuales.

Un artículo trata las diferencias en el abordaje médico de la sexualidad entre sexólogos y médicos sin formación en sexología, y otro sobre los factores que facilitan el abordaje de la sexualidad en la consulta.

El resumen de los resultados de los artículos incluidos en este trabajo de revisión sistemática se esquematiza a continuación a través de la Tabla 5.

AUTORES, FECHA DE PUBLICACIÓN, REVISTA Y PAÍS	DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	POBLACIÓN/ MUESTRA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Syme, Maggie L. y Cohn, Tracy J.</p> <p>2021.</p> <p>Aging and mental health.</p> <p>E.E.U.U.</p>	<p>Estudio observacional transversal</p>	<p>Analizar el impacto del estigma sexual del envejecimiento en la actividad íntima de los adultos de mediana y avanzada edad, para así evaluar la interiorización de estereotipos sexuales.</p>	<p>972 adultos > 50 años</p>	<p>La correlación “actividad sexual - intimidad” es positiva y fuerte; sin embargo, la relación entre estas últimas variables y el estigma sexual del envejecimiento es negativa. Este último tiene el mayor nivel de impacto en la actividad sexual, junto con el hecho de tener una pareja con “mala salud” (los que tienen un nivel bajo de salud autopercebida refirieron menores niveles que las personas que se sienten sanas).</p> <p>Ambos factores influyen más que la edad (la edad avanzada es indicativo de menores niveles de actividad íntima) o el género (las mujeres refirieron menor actividad que los hombres) o el estatus social (el cual no es predictor de la actividad íntima).</p>	<p>La muestra se mostró moderadamente en desacuerdo con que “la sexualidad suele ser una necesidad a lo largo de la vida”, lo que indica una encarnación de los estereotipos sexuales en el envejecimiento. Estos impactan negativamente en la expresión sexual e íntima en los adultos mayores. Para reducir este estigma, hay que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las realidades de la sexualidad en el envejecimiento y poner a prueba la narrativa edadista. - Apostar por la investigación continua y que incorpore realidades diversas del sexo en las últimas etapas de la vida. - Confrontar: lanzando mensajes anti-edadistas e información sexual positiva basada en la evidencia.
<p>Aktas F, Dagli E y Ozerdogan N.</p> <p>2022.</p> <p>International journal of caring sciences.</p>	<p>Estudio descriptivo mediante un cuestionario de 23 preguntas.</p>	<p>Determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad en la tercera edad, en estudiantes de enfermería y obstetricia.</p>	<p>490 estudiantes de enfermería y obstetricia.</p>	<p>56,4% de los estudiantes opinan que el sexo es una necesidad básica (también en la tercera edad), el 73% que afecta a la calidad de vida, y el 50% que existe un prejuicio entre la gente mayor. El 49% de los estudiantes no tenía ni idea de los</p>	<p>A medida que la formación avanza, disminuyen las actitudes negativas y aumenta el nivel de conocimientos con respeto a la sexualidad en las personas mayores.</p>

				<p>beneficios de la sexualidad en la salud física y mental.</p> <p>La mayoría de los estudiantes no tenía una opinión formada en 1º de carrera, y en 2º, 3º y 4º expresaban un mayor conocimiento de la situación, y sus actitudes negativas frente a la sexualidad en los ancianos decrecía.</p>	<p>Las actitudes negativas fueron más comunes en estudiantes de género masculino.</p>
<p>Gewirtz-Meydan A, Levkovich I, Mockb M, et al.</p> <p>2019.</p> <p>Sexual and relationship therapy.</p> <p>Israel.</p>	<p>Estudio cualitativo mediante entrevistas.</p>	<p>Examinar factores a nivel individual y estructural que facilitan hablar sobre preocupaciones sexuales entre médicos y pacientes de la tercera edad.</p>	<p>15 médicos con distintas especialidades, todos con certificado de sexólogos o cualificados en sexualidad humana.</p>	<p>Para facilitar el abordaje de la sexualidad en las personas mayores, es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar su visibilidad e importancia: verlos como personas con derechos sexuales y dejar de asociar la sexualidad con la juventud y belleza. - Aumentar el nivel de conocimientos de los profesionales de salud. - Tener una actitud más abierta para el abordaje de este tema en la consulta y crear un clima de confianza. 	<p>Percibir la sexualidad en la tercera edad como importante, formarse en este ámbito y la actitud abierta son facilitadores del abordaje con los pacientes de este tema.</p> <p>Sin embargo, también hay factores que lo limitan, como las actitudes edadistas que tienen una visión asexual de los ancianos.</p>
<p>Carvalhoira A, Graham C, Stulhofer A, et al.</p> <p>2019.</p> <p>European Journal of Ageing.</p>	<p>Estudio transversal.</p>	<p>Evaluar la prevalencia de la evitación sexual en parejas de personas mayores, para identificar factores personales, relacionales y de salud.</p> <p>Documentar razones auto informadas y</p>	<p>Personas entre 60–75 años de 4 países europeos: Noruega (n=1271), Dinamarca (n=1045), Bélgica (n=990) y Portugal (n=509); en total 3815 personas.</p>	<p>59% de los hombres y el 33% de las mujeres no habían evitado el sexo en los últimos 12 meses; 16% de las mujeres y el 11% de los hombres sí. Las razones más comunes entre los hombres fueron: dificultades sexuales (23%), problemas de salud (22%) y dificultades con la pareja sexual (19%). Entre las mujeres, los más frecuentes fueron: problemas</p>	<p>Las mujeres expresaron una mayor evitación que los hombres; es probable que los hombres lo eviten menos debido a que los roles tradicionales les hacen responsables de iniciar el sexo y de tener mayor interés en él.</p> <p>Hombres y mujeres refirieron: problemas sexuales (propios y de la</p>

Noruega, Bélgica, Dinamarca y Portugal.		comparar los motivos de los hombres y los de las mujeres.		de salud (23%), dificultades con la pareja sexual (20%) y falta de interés sexual (14%). Las mujeres refieren más preocupaciones con la autoimagen corporal que los hombres, y las más jóvenes declararon más evitación sexual que las de más edad; al contrario que los hombres, quienes conforme la edad avanzaba, aumentaba el nivel de evitación (debido a factores de salud física).	pareja), la edad y la salud física como factores de evitación sexual. La salud mental fue algo que influyó en la evitación sexual en las mujeres, mientras que los hombres se vieron más afectados por factores de salud física.
Lonza A, Stulhofer A y Graham C. 2020. Journal of sex and marital therapy. Noruega, Dinamarca, Bélgica y Portugal.	Estudio analítico de redes.	Explorar la estructura del estrés con respecto a las dificultades sexuales y su relación con la intimidad emocional en las personas mayores.	1.047 mujeres y hombres noruegos y daneses de entre 60 y 75 años, emparejados y sexualmente activos.	Entre las mujeres, las dificultades sexuales más prevalentes fueron: incapacidad de alcanzar el orgasmo (48%) y sequedad vaginal durante el sexo (43,3%). En ambas se observa que quienes refirieron menor intimidad con su pareja tuvieron una prevalencia más elevada. Entre los hombres, las dos razones más frecuentes fueron: disfunción eréctil (52%) y eyaculación precoz (37%). De nuevo, una menor intimidad aumentó la prevalencia.	Entre las mujeres, el mayor factor desencadenante de distrés sexual fue la falta de disfrute del sexo, mientras que en los hombres fue la falta de excitación. Un nivel mayor de intimidad emocional se asocia con menor distrés sexual en los dos géneros. En los hombres esta relación se ve más acentuada que en las mujeres.
Senturk A y Cicek S. 2020. Sexuality and disability. Turquía.	Estudio descriptivo.	Determinar la actitud y comportamientos de los estudiantes de último año de enfermería hacia la evaluación de la salud sexual de sus pacientes.	440 estudiantes de 3 universidades distintas, elegidas por sorteo (Universidad de Gazi, Universidad de Ankara y Universidad de Hacettepe).	El 95% de los estudiantes fueron informados sobre salud sexual. El 96,8% de estudiantes cree que la sexualidad es uno de los problemas que más preocupan a la sociedad. La mayoría (90,5%) no está de acuerdo en que la sexualidad sólo debe hablarse en el caso de que el	Los estudiantes generalmente tienen una actitud positiva frente a la atención a la salud sexual y creen contar con la suficiente información para prestar una buena atención a los pacientes.

				paciente saque el tema. Sin embargo, el 50,5% no busca el momento para hablar de ello con sus pacientes, y el 50% no se siente seguro de hacerlo.	Aun así, no sienten seguridad en sí mismos a la hora de dar un consejo sexual, y tienen dificultades para iniciar estos cuidados.
Levkovich I, Gewirtz-Meydan A y Ayalon L. 2020. Health and social care in the community. Israel.	Estudio cualitativo.	Examinar las perspectivas de dos grupos de médicos (un grupo con y otro sin formación en sexualidad humana) hacia el abordaje de la sexualidad en los pacientes de la tercera edad.	38 médicos: 17 sin experiencia en el ámbito sexual y 21 certificados como terapeutas sexuales.	Los médicos de familia no preguntan tan a menudo a sus pacientes acerca de su sexualidad (lo que atribuyen a la carga de trabajo, limitaciones de tiempo y miedo a ofender a sus pacientes). Cuando diagnostican problemas sexuales, lo hacen desde una perspectiva médica y ofrecen fármacos como tratamiento principal. Los terapeutas sexuales se sienten cómodos hablando del tema con sus pacientes; lo abordan con naturalidad y diagnostican los problemas sexuales desde una visión holística, enfatizando la importancia del componente emocional en el sexo.	Los médicos no formados en sexualidad humana tienden a no iniciar un abordaje sexual debido a múltiples factores. Por el contrario, los médicos con formación en sexualidad humana tienden a ver a sus pacientes mayores como individuos completos y a comunicarse con ellos abiertamente. Suelen ver la intimidad y las relaciones matrimoniales como parte integral de cualquier diagnóstico y ofrecen a sus pacientes una mayor variedad de intervenciones.
Schaller S, Traeena B, Lundin I, <i>et al.</i> 2020. Sexual and Relationship Therapy (Routledge). Noruega y Reino Unido.	Estudio cualitativo.	Conocer la forma en que influyen las experiencias sexuales pasadas con el bienestar sexual actual en las personas mayores.	32 personas (15 mujeres y 17 hombres) mayores de 65 años	Hay dos contextos de aprendizaje importantes: el de la familia, donde se aprenden actitudes en relación con la sexualidad y que es una fuente importante de transmisión de conocimientos sobre ella; y la vida fuera de la familia, que ayuda a la interiorización de las normas sociales. Algunos participantes crecieron en familias en las que hablar y mostrar	La sexualidad desempeña un papel más importante en la vida de los adultos mayores de lo que a menudo se supone. Las experiencias en la infancia y en la edad adulta influyen en el bienestar sexual actual. La falta de comprensión de la propia historia sexual puede ser consecuencia de la falta de conocimiento sobre la sexualidad y

				sentimientos sexuales estaba prohibido o sancionado (sobre todo en las niñas). En otras, había un enfoque más emocional y una disposición a informar a los niños.	los aspectos psicológicos del propio bienestar, tanto emocional como sexual, que son recíprocamente dependientes.
Freak-Poli, R. Australasian Journal on Ageing. 2019. Australia.	Re-análisis de los datos de un estudio hecho previamente.	Describir los factores clave que facilitan el comportamiento sexual en la tercera edad.	2374 holandeses mayores de 65 años.	<p>La disponibilidad de pareja, el género y la salud son factores más influyentes en el compromiso sexual que el factor de la edad en la vejez. Casi la mitad de la muestra que tenía pareja tuvo actividad sexual en los últimos 6 meses, pero muy pocos lo hicieron entre los que no tenían pareja (entre las mujeres solteras, tan solo el 1%).</p> <p>Los adultos mayores con pareja tenían 15 veces más probabilidades de participar en actividades sexuales y 51 veces más probabilidades de participar en la ternura física que los adultos mayores sin pareja. Esto ocurre sobre todo entre las mujeres mayores, quienes pasan aproximadamente una década en la viudez debido a que estas viven más que los hombres, y estos se emparejan con mujeres más jóvenes.</p> <p>Además, la disfunción sexual es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, la medicación para tratar la disfunción sexual sigue estando dirigida principalmente a los hombres.</p>	La actividad sexual está asociada con la disponibilidad de pareja y un mejor estado de salud, antes que con la edad. Esto contrarresta los estereotipos sobre la disminución del comportamiento sexual en la vejez, y normaliza la actividad sexual y el deseo en la tercera edad.

<p>Štulhofer A, Jurin T, Graham C, <i>et al.</i></p> <p>2019.</p> <p>European Journal of Ageing.</p> <p>Noruega, Bélgica, Dinamarca y Portugal.</p>	<p>Estudio analítico, observacional y longitudinal.</p>	<p>Validar una escala de bienestar sexual y explorar la estructura de asociaciones entre la intimidad emocional, frecuencia de los encuentros y bienestar sexual en los adultos mayores.</p>	<p>Parejas de personas de entre 60 y 75 años: 218 noruegas, 207 danesas, 135 belgas y 117 portuguesas.</p>	<p>Una mayor intimidad emocional está más asociada con el bienestar sexual que la frecuencia de encuentros sexuales. Ambos factores son predictores de bienestar, pero la intimidad lo es con más intensidad. Además, cuando ésta es expresada por el hombre juega un rol importante en el bienestar de la pareja (aunque expresada por la pareja femenina no es determinante en el bienestar sexual).</p> <p>Por otro lado, la frecuencia de las relaciones sexuales desempeña un papel más importante en el bienestar sexual de los hombres mayores que en el de las mujeres.</p> <p>En las mujeres, fue más frecuente la angustia por una o más dificultades sexuales que entre los hombres en los cuatro países.</p>	<p>Las diferencias específicas de género en los efectos de la pareja deben considerarse en el contexto de una socialización de roles de género más tradicional que era común en el momento en que los participantes crecieron.</p> <p>El hecho de que la intimidad emocional masculina sea muy valorada puede deberse precisamente a que, al menos en su expresión, es menos frecuente que la intimidad emocional femenina.</p> <p>Por otro lado, las relaciones sexuales, siguen siendo un factor independiente que contribuye al bienestar sexual femenino y masculino, aunque sean menos frecuentes en las parejas mayores que en las jóvenes.</p>
<p>Slayday R, Bell T, Lyons M, <i>et al.</i></p> <p>2022.</p> <p>The Gerontologist.</p> <p>EEUU.</p>	<p>Estudio longitudinal.</p>	<p>Examinar la asociación entre la función eréctil, la satisfacción sexual y el estado cognitivo.</p>	<p>818 hombres con edades de 56, 61 y 68 años.</p>	<p>Tener la función eréctil más debilitada está relacionado con hombres de edad más avanzada. Tener actividad sexual menos frecuente se relaciona con un peor funcionamiento físico y mayor uso de medicamentos para la disfunción eréctil.</p>	<p>La función eréctil más baja se relacionó con un rendimiento más deficiente en todos los dominios cognitivos.</p> <p>Sin embargo, la satisfacción sexual inicial no estaba relacionada con el rendimiento cognitivo.</p> <p>La disminución de la función eréctil y la satisfacción sexual se asociaron con una disminución de la memoria</p>

				<p>Los solteros tenían mayores síntomas depresivos y menos satisfacción sexual.</p> <p>Los niveles iniciales más bajos de función eréctil se relacionaban con niveles iniciales más bajos en la función cognitiva (memoria episódica, función ejecutiva y velocidad de procesamiento), pero no con la satisfacción sexual.</p>	
<p>Júnior E, Souza C, Filho B <i>et al.</i></p> <p>2022.</p> <p>Revista Brasileña de Enfermería.</p> <p>Brasil.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal.</p>	<p>Analizar la función sexual y su correlación con la sexualidad y la calidad de vida en ancianos.</p>	<p>231 participantes de sexo masculino, mayores de 60 años.</p>	<p>Los adultos mayores sin disfunciones sexuales experimentan mejor su sexualidad en todas las dimensiones evaluadas, evidenciado por las medias más altas en la actividad sexual y en las relaciones afectivas, así como en la incidencia más baja de adversidades físicas y sociales.</p> <p>Estos tienen una mejor calidad de vida en comparación con los adultos mayores que tienen disfunciones sexuales.</p>	<p>Hay un concepto erróneo entre sexo y sexualidad entre los adultos mayores, ya que la disfunción sexual no es necesariamente la razón para tener peores experiencias con la sexualidad, si se entiende a esta como una forma de obtener placer y satisfacción a través de distintas experiencias.</p> <p>Hay que implementar actividades de búsqueda de placer, de reconocimiento del cuerpo y de afectividad para culminar las experiencias sexuales.</p> <p>Si la sexualidad se tratara con mayor frecuencia y como una necesidad biopsicosocial, espiritual e individual, se podría lograr que los hombres acudan con mayor frecuencia a los servicios de salud y por ende mejoren la calidad de vida.</p>
<p>Shepardson R, Mitzel L, Trabold N <i>et al.</i></p>	<p>Estudio transversal.</p>	<p>Evaluar la prevalencia y las correlaciones de</p>	<p>316 veteranos en centros de atención</p>	<p>Las mujeres fueron más propensas a obtener un resultado mayor</p>	<p>El deseo sexual es el problema sexual más prevalente en ambos</p>

<p>2021.</p> <p>The Journal of the American Board of Family Medicine.</p> <p>EEUU.</p>		<p>la disfunción sexual y examinar las preferencias entre los veteranos de guerra para discutir problemas sexuales.</p>	<p>primaria, la mayoría mujeres (60,9%) y blancos (86,7%), con un rango de edad de 25 a 85 años.</p>	<p>puntuación en la escala ASEX, lo que sugiere disfunción sexual global; el 62,3% de las mujeres y el 32,0% de los hombres dieron positivo en las pruebas de disfunción sexual. Las probabilidades de que esta prueba fuera positiva aumentan con la edad (60% de hombres mayores de 65 años fueron positivos, en contraste con el 24% de entre 45 y 64 años, y el 18% menores de 44). Más del 60% estuvieron de acuerdo con que el equipo de atención primaria debe brindar información, preguntar de manera proactiva e indagar sobre problemas sexuales; el 59,3% estaba dispuesto a reunirse con proveedores de salud conductual.</p>	<p>sexos; 1/5 hombres y 2/5 mujeres indicó hipofunción en el deseo sexual.</p> <p>Los proveedores de atención primaria deberían preguntar a los veteranos sobre la salud sexual, ya que la disfunción sexual era prevalente, especialmente entre mujeres y hombres mayores de 65 años. La mayoría de los veteranos se mostraron receptivos a que se les preguntara sobre problemas sexuales en atención primaria y prefirieron que se les preguntara</p>
<p>Erens B, Mitchell K, Gibson L et al.</p> <p>2019.</p> <p>PlosOne.</p> <p>Reino Unido.</p>	<p>Estudio de método mixto (se integran datos cuantitativos y cualitativos).</p>	<p>Explorar cómo las personas mayores ven que su estado de salud influye en su actividad y satisfacción sexual; y, en segundo lugar, a una mayor comprensión de cómo responden y afrontan las consecuencias.</p>	<p>3343 participantes de 55 a 74 años y 23 participantes accedieron a realizar la entrevista en profundidad.</p>	<p>En general, el 26,9% de los hombres y el 17,1% de las mujeres de entre 55 y 74 años informaron tener un problema de salud que afectaba su vida sexual. Entre este grupo, las mujeres tenían menos probabilidades que los hombres de ser sexualmente activas en los 6 meses anteriores (54,3% frente a 62,0%), pero igual de probabilidades de estar satisfechas con su vida sexual (41,9% frente a 42,1%).</p>	<p>El estilo de vida y los factores de relación que afectan la actividad/satisfacción sexual. Al abordar los problemas sexuales en personas mayores, los profesionales deben tener en cuenta el estilo de vida, las necesidades y las preferencias individuales.</p>
<p>Graham C, Stulhofer A, Lange T, et al.</p>	<p>Primero se les hizo una entrevista por</p>	<p>Investigar entre las mujeres mayores</p>	<p>1.057 mujeres de 60 a 75 años de Noruega (n</p>	<p>En todos los países, las dificultades sexuales más comunes fueron</p>	<p>Los hallazgos indican que muchas mujeres mayores reportan</p>

<p>2020.</p> <p>Academia Internacional de Investigación Sexual.</p> <p>Noruega, Dinamarca, Bélgica y Portugal.</p>	<p>teléfono y si aceptaban participar se les enviaba un cuestionario anónimo.</p>	<p>sexualmente activas las tasas de prevalencia de dificultades sexuales, la angustia relacionada con estas dificultades, los factores sociodemográficos y condiciones de salud asociados.</p>	<p>=357), Dinamarca (n=322), Bélgica (n=237) y Portugal (n=141).</p>	<p>dificultades orgásmicas, sequedad vaginal y falta de interés en el sexo. Entre las mujeres que refirieron malestar de moderado a severo (dificultades sexuales angustiosas que duraran ≥3 meses o más en los últimos 12 meses.), la dificultad sexual más frecuente fue la sequedad vaginal (n=189), problemas para alcanzar el orgasmo (n=121) y falta de interés en el sexo (n=116). Los niveles más altos de cercanía con la pareja durante las relaciones sexuales se asociaron con una menor angustia sobre la función orgásmica y sobre la sequedad vaginal. Las mujeres con mejores puntuaciones de salud mental informaron menos angustia por no disfrutar del sexo.</p>	<p>dificultades sexuales, pero la mayoría no expresó angustia asociada a estas dificultades. Investigamos la edad, la educación y la religiosidad como posibles predictores de angustia por las dificultades sexuales y estos no fueron significativos. Sin embargo, los niveles mayores de intimidad emocional y sexual con la pareja y la salud mental se relacionan con niveles menores de angustia por dificultades sexuales sexuales.</p> <p>Los hallazgos subrayan la importancia de que los médicos pregunten a las mujeres mayores sobre la función sexual y la angustia asociada, dándole importancia al contexto psicológico que rodea estas dificultades sexuales.</p>
<p>Siegel J, Kung S, Wroblewski K, <i>et al.</i></p> <p>2021.</p> <p>The Journal of Sexual Medicine.</p> <p>EEUU.</p>	<p>Análisis transversal.</p>	<p>Analizar si la función olfativa alterada se asocia con una disminución de la actividad sexual y la motivación en adultos mayores</p>	<p>1.605 adultos nacidos entre los años 1920 y 1947.</p>	<p>Los adultos mayores con peor sensibilidad a los olores tenían menos motivación sexual. Las mujeres pensaban en sexo con menos frecuencia que los hombres al igual que los encuestados que eran mayores, con menos nivel educativo y tenían puntuaciones cognitivas más bajas.</p> <p>Los adultos mayores con peores puntuaciones en identificación de</p>	<p>La disfunción olfativa en adultos mayores estadounidenses se asocia con una disminución de la motivación sexual y la satisfacción emocional, potencialmente debido a vínculos neurológicos conservados evolutivamente entre el olfato y la sexualidad.</p>

				<p>olores informaron menos satisfacción emocional con su pareja sexual más reciente.</p> <p>Los encuestados con disfunción olfativa pudieron tener relaciones sexuales con la misma frecuencia y lograr satisfacción física, pero pensaron menos en el sexo y estaban menos satisfechos emocionalmente con él.</p>	
<p>Silva N, Storti L, Lima G, <i>et al.</i></p> <p>2021.</p> <p>Revista Brasileña de enfermería.</p> <p>Brasil.</p>	<p>Estudio observacional, transversal y analítico,</p>	<p>Analizar la relación entre las experiencias afectivas y sexuales y la intensidad de los síntomas físicos y psicológicos de las personas mayores.</p>	<p>45 ancianos, con una edad media de 73,8 años.</p>	<p>Los mayores promedios de intensidad de los síntomas fueron dolor, ansiedad, somnolencia y sensación de bienestar. Hubo una correlación negativa entre la tristeza y las dimensiones del acto sexual y las relaciones afectivas y entre la ansiedad y el acto sexual.</p>	<p>A medida que aumenta la tristeza, las experiencias afectivas y sexuales son menores. Cuanto mayor es la intensidad de la ansiedad, menores son las experiencias sexuales.</p>
<p>Wilschut V, Pianosi B, Van Os-Medendorp H, <i>et al.</i></p> <p>2021.</p> <p>Nurse education today.</p> <p>Holanda.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal</p>	<p>Investigar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los conocimientos y actitudes de los estudiantes de enfermería con respecto a la intimidad y la sexualidad de los adultos mayores. -La diferencia en conocimientos y actitudes de los estudiantes en 	<p>732 estudiantes de enfermería ≥16 años (el rango de edad fue de 16 a 51 años).</p>	<p>Al hablar de intimidad y sexualidad, la reacción de los adultos mayores fue mayoritariamente positiva y muchos de ellos discutieron el tema con facilidad.</p> <p>En cuanto a los estudiantes de enfermería, afirmaron que "nunca" (54,1%) o "una vez" (13,2%) discutieron sobre intimidad y sexualidad con adultos mayores. Las razones para evitar hablar de intimidad y sexualidad fueron sentimientos de "no ser la persona</p>	<p>Los estudiantes de enfermería tenían conocimientos moderados y actitudes positivas hacia la intimidad y la sexualidad de los adultos mayores, aunque sólo una minoría habló con ellos sobre intimidad y sexualidad.</p> <p>El nivel de conocimiento difirió por año de estudio, el nivel de actitud no. Para garantizar que los estudiantes se sientan responsables y competentes, las intervenciones deben centrarse en la difusión</p>

		<p>diferentes años de estudio.</p> <p>-La frecuencia de discusión sobre la intimidad y la sexualidad con los adultos mayores.</p>		<p>adecuada" (17,3%) e "incompetencia" (14,0%).</p> <p>Los estudiantes de primer año tenían el conocimiento más bajo y los de tercer año el más alto.</p>	<p>continua del conocimiento y en la clarificación de roles.</p>
<p>Beerepoot S, Luesken S, Huisman M, <i>et al.</i></p> <p>2022.</p> <p>Journal of Applied Gerontology.</p> <p>Holanda.</p>	<p>Estudio longitudinal, con 26,9 años de seguimiento.</p>	<p>Examinar la asociación del disfrute de la sexualidad con la longevidad y el papel moderador de la importancia percibida de la sexualidad en esta asociación</p>	<p>Adultos mayores de 55 a 85 años.</p>	<p>El 59,9% de los participantes experimentaron su sexualidad como placentera y el 43,7% de los participantes calificaron su sexualidad como importante.</p> <p>Los participantes que informaron que disfrutaban de su sexualidad eran ligeramente más jóvenes y más a menudo hombres, tenían pareja con mayor frecuencia, tenían una mejor autoevaluación de su salud y menos enfermedades crónicas, usaban menos medicamentos, tenían menos síntomas depresivos y de ansiedad.</p> <p>El disfrute pasado de la sexualidad fue mayor en los participantes que informaron el disfrute y la importancia de la sexualidad actual.</p>	<p>El disfrute de la sexualidad se asociaba con la longevidad en los adultos mayores, pero sólo en aquellos que percibían la sexualidad como importante. Esta asociación se debió en parte al afecto positivo, las limitaciones funcionales, la soledad emocional, la autoevaluación de la salud, la sensación de dominio y el consumo de alcohol. Los hallazgos respaldan una asociación del disfrute sexual con la longevidad, condicionada a percibir la sexualidad como importante</p>
<p>De Souza Júnior E, Cruz D, Siqueira L, <i>et al.</i></p> <p>2023.</p>	<p>Estudio transversal realizado mediante un cuestionario en línea.</p>	<p>Analizar los efectos de la sexualidad sobre los síntomas depresivos y la calidad de vida en adultos mayores.</p>	<p>596 residentes en Brasil con edad igual o superior a 60 años.</p>	<p>Las adversidades físicas y sociales en la sexualidad tuvieron efectos de baja magnitud sobre los síntomas depresivos. Además, los adultos mayores sin síntomas depresivos</p>	<p>Se encontró que las dimensiones de la sexualidad ejercieron efectos de diferentes magnitudes sobre los síntomas depresivos y la calidad de vida de los participantes.</p>

<p>Revista de la escuela de enfermería.</p> <p>Brasil.</p>				<p>tuvieron mejor experiencia en sexualidad y mejor calidad de vida en todas las dimensiones evaluadas.</p> <p>Por otro lado, sobre la calidad de vida, afectaron de forma poco significativa el acto sexual y las adversidades físicas y sociales; mientras que las relaciones afectivas tuvieron una magnitud moderada.</p>	
<p>Stentagg M, Skar L, Berglund J, <i>et al.</i></p> <p>2021.</p> <p>Revista de la universidad de Oxford.</p> <p>Suecia</p>	<p>Estudio transversal.</p>	<p>Investigar la actividad y la satisfacción sexuales entre personas ≥ 60 años. Además, examinar si la actividad y la satisfacción sexuales estaban influenciadas por varios aspectos.</p>	<p>1680 participantes de 60 años o más (721 hombres y 959 mujeres).</p>	<p>El 46% se definieron como sexualmente activos. Se observa un claro descenso de la actividad sexual en relación con la edad; en la cohorte de edad más joven (60 a 66 años) el 73% eran sexualmente activos. Sin embargo, entre los participantes de ≥ 90 años, el 10% eran sexualmente activos, siendo el porcentaje parecido entre los dos sexos (12% hombres y 10% mujeres).</p> <p>La actividad sexual fue reportada con mayor frecuencia por los hombres (55%) que por las mujeres (40%).</p> <p>Las dos cohortes de edad más jóvenes (60 a 66 años y 72 a 78 años), el 25% de los participantes estaban insatisfechos con su vida sexual. El sexo femenino estaba sexualmente más satisfecho que el masculino (aproximadamente un 80%) en todos los grupos de edad.</p>	<p>La actividad sexual está presente durante toda la vida, incluso entre los grupos de mayor edad. La actividad sexual fue más común entre los hombres que entre las mujeres en todos los grupos de edad, descartando el grupo de edad más avanzada.</p> <p>En todos los grupos de edad, las mujeres estaban más satisfechas con su vida sexual que los hombres.</p> <p>La salud calificada positivamente se asoció de manera importante con la actividad sexual y también tuvo un impacto positivo en la satisfacción sexual.</p>

				La convivencia con la pareja y autoevaluación se asociaban positivamente con la actividad sexual.	
Zéler Z y Troadec C. 2020. Revista de la universidad de Oxford. Francia.	Estudio cualitativo.	Descubrir qué sienten los pacientes cuando su médico de cabecera les pregunta sobre su sexualidad.	96 pacientes de entre 18 y 86 años.	<p>La principal emoción expresada por los pacientes fue la sorpresa (35%). El 31% utilizó un estilo de lenguaje positivo; el 7% utilizó un estilo de lenguaje negativo y el 61% utilizó un lenguaje neutral. Sólo 2 pacientes refirieron que abordar ese tema les ayudó a generar confianza y fortalecer el diálogo médico-paciente.</p> <p>A la pregunta de "Si tuviera dificultades sexuales, ¿hablaría de ellas con un médico?" el 32% dijeron que sí espontáneamente, el 52% esperarían a que el médico les hiciera la pregunta y el 1% lo hablaría con un especialista antes que con su médico.</p> <p>El 50% estaba a favor que su médico le hiciera un examen sexológico.</p>	<p>El 93% no sintieron que su médico de cabecera fuese intrusivo cuando les preguntaba sobre su sexualidad, incluso si su visita era por un motivo diferente. El 31% utilizó un estilo de lenguaje positivo, lo que sugiere que la pregunta era bienvenida.</p> <p>El 7% reaccionaron negativamente a esa pregunta íntima. Por esa razón, es necesario tener presente que la intimidad sigue siendo un tema que requiere un marco y un contexto adecuados.</p>
Boyacıoğlu N, Oflaz F, Karahmet A, <i>et al.</i> 2023. Elsevier.	Estudio de diseño descriptivo-correlacional.	Analizar la relación entre el estado de salud general, la calidad de vida y la vida sexual en adultos mayores.	323 (169 mujeres y 154 hombres) mayores de 65 años.	Los participantes que tenían más de 75 años, un nivel educativo y estatus económico más bajo, estaban desempleados y padecían enfermedades crónicas parecían experimentar una mayor disfuncionalidad sexual, mayores	La calidad de vida fue mejor y las disfuncionalidades sexuales fueron menores para los participantes, quienes definieron su relación sexual como suficiente, se consideraron atractivos, practicaban actividad sexual con mayor frecuencia y tenían

Turquía.				<p>problemas psicológicos y una menor calidad de vida. Del mismo modo ocurría con los participantes que declararon no tener pareja ni actividad sexual o que no se sentían sexualmente atractivos.</p> <p>El 80,5% de los participantes afirmó que no podía compartir sus problemas sexuales con los demás. Las personas que compartieron sus problemas sexuales informaron que los compartían con mayor frecuencia con profesionales de la salud y sus cónyuges.</p>	<p>pareja/cónyuge. También fue mayor la calidad de vida en aquellos con mayor nivel educativo, menor edad, con una pareja estable y con trabajo.</p>
----------	--	--	--	---	--

Tabla 5: Elaboración propia; Características de los artículos incluidos en la revisión (n=23).

6. DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica demuestra que el bienestar sexual, y también las disfunciones sexuales, no se relacionan con una causa en concreto, sino que están asociados con un conjunto de factores ambientales y biopsicosociales.

En un estudio longitudinal realizado durante 27 años a 1.042 personas de entre 55 y 85 años, (38) los participantes que informaron que disfrutaban de su sexualidad eran ligeramente más **jóvenes** y más a menudo **hombres**, tenían **pareja** con mayor frecuencia, tenían una **mejor autoevaluación de su salud** y **menos enfermedades crónicas**, usaban menos medicamentos, tenían menos **síntomas depresivos** y de ansiedad y un mayor afecto positivo y sentido de identidad. Como bien se resume en este estudio, los factores que más se cita en la literatura son los siguientes: edad, sexo (femenino o masculino), disponibilidad de pareja e intimidad, estado de salud físico y mental y estigma sexual.

A continuación, se describirán los factores uno por uno y se realizará una discusión de los resultados encontrados.

6.1. Edad

Numerosos estudios demuestran que la edad avanzada es indicativa de niveles más bajos de actividad íntima en comparación con los de mediana edad. (39) Si bien es cierto que la edad influye en los factores de riesgo que menguan la actividad sexual, esto no quiere decir que la sexualidad desaparezca debido a la edad; el 46% de los participantes mayores de 60 años en un estudio realizado a 1.680 personas, se definieron como sexualmente activos (40).

En un estudio realizado en Reino Unido (41) se extrajo que las personas jóvenes notificaron tener relaciones sexuales recientes con mayor frecuencia que los más mayores. En el estudio de Stentagg M, Skär L, Berglund JS, Lindberg T, (40) separaron a las personas mayores en diferentes cohortes de edad. En el grupo de 60 a 66 años, casi tres cuartas partes de la muestra afirmó ser sexualmente activo, mientras que en la cohorte de edad más avanzada (mayores de 90 años) el porcentaje se encontró en una media del 11%, lo que vuelve a indicar que, a mayor edad, menor número de personas mantiene la actividad sexual.

Sin embargo, la probabilidad de estar sexualmente satisfecho fue mayor en el grupo de edad de 81 años o más (y no en el grupo sexualmente más activo) (40). En el estudio de Beerepoot S, Luesken SWM, Huisman M, *et al.* (42) el disfrute de la sexualidad se

asocia con la longevidad en los adultos mayores, pero sólo en aquellos que percibían la sexualidad como importante.

Esto puede ser debido a que la sexualidad se va transformando y se empieza a experimentar de una forma distinta, en la que influye más la intimidad en la pareja (factor que se comenta más adelante), las caricias, el cariño...De este modo, se adapta la actividad sexual a las circunstancias vitales. (43)

Además, en un estudio realizado a 2.374 holandeses mayores de 65 años (44), se afirma que hay otros factores más importantes que la edad en el compromiso de la actividad sexual; estos son, por ejemplo, la disponibilidad de pareja, el género y la salud física.

En un estudio transversal realizado en 4 países europeos (Noruega, Dinamarca, Portugal y Bélgica) las mujeres más jóvenes declararon más evitación sexual que las de más edad (debido principalmente a problemas con la autoimagen); al contrario de los hombres, quienes conforme la edad avanzaba aumentaba el nivel de evitación (debido a factores de salud física). Este último factor se comentará más adelante, así como la diferencia de actividad sexual que existe entre hombres y mujeres. (45)

6.2. Disponibilidad de pareja

La disponibilidad (o no) de la pareja es un factor que influye en las personas mayores, como así lo indica la evidencia. Por ejemplo, en un estudio realizado a 1.680 participantes de 60 años o más (40), convivir con una pareja se asociaba positivamente con ser sexualmente activo.

Según un estudio realizado a 2.374 holandeses mayores de 65 años (44), este aspecto es un factor que influye con más intensidad en las mujeres de edad avanzada, ya que se calcula que pasan alrededor de una década de los años de su vejez en viudedad. Esto se explica por el hecho de que ellas tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, y estos tienden a emparejarse con mujeres más jóvenes.

Este mismo estudio muestra que casi la mitad de los participantes que tenía pareja tuvo actividad sexual en los últimos 6 meses, pero muy pocos lo hicieron entre los que no tenían pareja (entre las mujeres solteras, tan solo el 1%). Los adultos mayores con pareja tenían 15 veces más probabilidades de participar en actividades sexuales y 51 veces más probabilidades de participar en la ternura física que los adultos mayores sin pareja.

Esto comporta una serie de consecuencias, tanto físicas como psicológicas; en un estudio realizado en Estados Unidos (46), los solteros tenían mayores síntomas

depresivos y menos satisfacción sexual. En otro estudio (47), los participantes que declararon no tener pareja ni actividad sexual, o que no se sentían sexualmente atractivos, parecían experimentar una mayor disfuncionalidad sexual, mayores problemas psicológicos y una menor calidad de vida.

Por lo tanto, este es un factor más que influye en la calidad de vida y en el bienestar sexual de las personas mayores, sobre todo en las mujeres.

6.3. Bienestar e intimidad en la pareja

Otro factor negativo que aumenta la prevalencia de las disfunciones sexuales es la falta de intimidad en la pareja; según un estudio transversal que evaluaba la prevalencia de evitación sexual en parejas de 4 países distintos, el 19% de los hombres y el 20% de las mujeres que evitaron el sexo fue debido a dificultades con la pareja sexual. (45)

Por ejemplo, en las mujeres con poca intimidad con la pareja se observa un aumento de la prevalencia de las dificultades sexuales (56% frente a un 35% en el caso de no alcanzar el clímax; 49% frente a un 31% en el caso de la sequedad vaginal) (48). En otro estudio realizado a 1.057 mujeres de entre 60 y 75 años, se respalda lo mismo; las mujeres que mantenían mayor nivel de cercanía con su pareja durante las relaciones sexuales tenían unos niveles menores de angustia sobre la función orgásmica y sequedad vaginal. (43)

En el caso de los hombres, ocurre lo mismo; la intimidad en la pareja disminuye las dificultades sexuales; se observa una prevalencia del 55% frente a 43% en el caso de la disfunción eréctil y de 39% frente al 30% en la eyaculación precoz). (48)

Una mayor intimidad emocional está más asociada con el bienestar sexual que la frecuencia de encuentros sexuales. Ambos factores son predictores de bienestar, pero la intimidad lo es con más intensidad. Además, cuando esta es expresada por el hombre juega un rol importante en el bienestar de la pareja (aunque expresada por la pareja femenina no es determinante en el bienestar sexual) (43). El hecho de que la intimidad emocional masculina sea más valorada puede deberse precisamente a que su expresión es menos frecuente que la intimidad emocional femenina, al menos en un contexto de socialización (el de nuestras personas mayores) en el que los roles tradicionales de género están muy establecidos.

6.4. Estado de salud físico y mental

Otro factor determinante en el bienestar sexual es el estado de salud físico y mental; en la actividad sexual influyen las disfunciones sexuales, las patologías crónicas y la comorbilidad de estas, así como el estado de salud percibido.

En un estudio realizado en Turquía a 323 personas mayores de 65 años, los participantes que padecían enfermedades crónicas parecían experimentar una mayor disfuncionalidad sexual, mayores problemas psicológicos, y por ende, una peor calidad de vida. (47)

Por otro lado, como se ha comentado anteriormente, los factores de salud física incrementan el nivel de evitación sexual en los hombres (45). Esto puede deberse al aumento de disfunciones sexuales, ya que las probabilidades de resultar positivo en la prueba de disfunción sexual (escala Arizona Sexual Experiences Scale; ASEX), aumentan con la edad (60% de hombres mayores de 65 años fueron positivos, en contraste con el 24% de entre 45 y 64 años, y el 18% menores de 44) (49). Además, tener la función eréctil más debilitada está relacionado con hombres de edad más avanzada. (46)

Los adultos mayores sin disfunciones sexuales experimentan mejor su sexualidad, lo que se evidencia por una media más alta en la actividad sexual y en las relaciones afectivas, así como en la incidencia más baja de adversidades físicas y sociales. Es decir, estos tienen una mejor calidad de vida en comparación con los adultos mayores que tienen disfunciones sexuales. (50)

En cuanto al bienestar mental, según un estudio transversal realizado a 45 ancianos (51), una mayor intensidad de tristeza y/o ansiedad conlleva a una disminución de la actividad sexual y de las relaciones afectivas.

En otro artículo cuyo estudio utilizaba una muestra de 596 personas mayores de 60 años (52), se corrobora que las personas que no tienen síntomas depresivos tienen mejores experiencias en la sexualidad y por ende mejor calidad de vida. En relación con la disponibilidad de pareja, factor comentado anteriormente, en un estudio longitudinal realizado a 818 hombres (46), los solteros tenían mayores síntomas depresivos y menos satisfacción sexual.

En definitiva, el hecho de no padecer ninguna patología ni disfunción sexual aumenta la calidad de vida de las personas mayores y la frecuencia de actividad sexual; ambos factores en conjunto incrementan también el bienestar sexual.

El estado de salud autopercebido es también importante: según un estudio realizado a 972 adultos en Estados Unidos (39), las personas que se sienten sanas declaran mayor nivel de actividad sexual que los que se sienten con “mala salud”.

En otro estudio, este con una muestra de 1.680 personas mayores (40), quiénes autovaloran su salud como buena y conviven con su pareja tienen mayor probabilidad de estar satisfechos con su vida sexual que los contrarios. La actividad sexual también se asoció positivamente con una buena autoevaluación de salud. Es decir, el estado autopercebido de la salud y el bienestar sexual son dos factores interdependientes; tener una buena salud sexual hace que las personas mayores se encuentren “más sanas”, y encontrarse “más sanas” hace que tengan una mejor salud sexual.

Otro de los factores que se han incluido en este apartado es la importancia que tienen los sentidos sobre la sexualidad, sobre todo el del olfato. Se ha encontrado un artículo (53) en el que se lleva a cabo un estudio transversal para buscar relación entre tener la función olfativa alterada y la motivación sexual. Los resultados que se encontraron fueron que la disminución del sentido del olfato afecta a que las personas piensen menos en el sexo, provocando así una menor satisfacción emocional con él. Esto resalta la importancia de que en la actividad sexual se impliquen todos los sentidos (no sólo el tacto), para que los encuentros sean, no solo más frecuentes, sino de una mayor calidad y más placenteras.

6.5. Sexo

Existen también diferencias significativas en la vivencia de la sexualidad en la tercera edad según el sexo (masculino-femenino). En un artículo transversal realizado a 972 adultos (39) y en otro que utilizaba una muestra de 1.680 personas (40), se refiere que los niveles de actividad sexual son más bajos en el caso de las mujeres (40%) que en los hombres (55%) (40). Sin embargo, en el caso de los hombres la insatisfacción sexual se daba de manera más prevalente en todos los grupos de edad en comparación con el sexo femenino.

Otro estudio (45) señala que el 59% de los hombres y el 33% de las mujeres no habían evitado el sexo en los últimos 12 meses; 16% de las mujeres y el 11% de los hombres lo hacían a veces, siempre o casi siempre. La prevalencia en este caso siempre es mayor entre las mujeres, entre las cuales las razones de evitación más frecuentes fueron: problemas de salud, dificultades con la pareja sexual y falta de interés sexual. Entre los hombres, por otro lado, fueron: dificultades sexuales, problemas de salud y dificultades con la pareja sexual.

Al igual que existe una diferenciación sexual en los motivos que hacen que las personas eviten los encuentros, también hay una diferencia en las dificultades sexuales que presentan:

En un estudio realizado con una muestra de 1.047 mujeres danesas de entre 60 y 75 años (48) y otro estudio (43) realizado en cuatro países diferentes a 1.057 mujeres de 60 a 75 años, se da a conocer que los problemas y disfunciones sexuales más frecuentes en mujeres fueron: sequedad vaginal, representando a cerca de la mitad de las mujeres, problemas para alcanzar el orgasmo y falta de interés en el sexo. En cambio, los problemas que suelen presentar los hombres son la disfunción eréctil (más de la mitad de la muestra) y la eyaculación precoz. (48)

En un estudio realizado a 678 parejas mayores de 60 años en cuatro países (Noruega, Bélgica, Dinamarca y Portugal) (54) se encontró que la angustia por una o más dificultades sexuales fue más frecuente entre las mujeres que entre los hombres; la sequedad vaginal fue el factor que más malestar provocó entre las participantes (43).

En otro estudio realizado en un centro de atención primaria, en el que se incluyeron a 316 usuarios (49), las mujeres fueron más propensas a obtener una mayor puntuación en la escala ASEX (que evalúa la disfunción sexual global), y el 62,3% de las mujeres y el 32,0% de los hombres dieron positivo en las pruebas de disfunción sexual. Sin embargo, la primera medicación para tratar la disfunción sexual fue para la disfunción eréctil, y actualmente sigue estando dirigida principalmente a los hombres. (44)

Esto puede estar ocasionado por el hecho de que los hombres son más propensos a hablar de su sexualidad, incluso con los profesionales de la salud. Sin embargo, debido a las normas sociales que han marcado la educación de las personas mayores de 60 años, las mujeres no lo hacen tan a menudo, y tienden a demandar menos ayuda en temas sexuales.

6.6. Estigma sexual

Como último factor a comentar, los estereotipos sexuales discriminatorios afectan a la salud y el bienestar sexual individual, a través de creencias edadistas interiorizadas (es lo que se llama edadismo autoinfligido).

Según un estudio realizado en Estados Unidos, (39) el estigma sexual del envejecimiento tiene el mayor nivel de impacto en la actividad sexual, junto con el hecho de tener una pareja con “mala salud”. Ambos factores influyen más que la edad o el

género (ser mujer y/o anciano), o el nivel educacional. La correlación entre actividad e intimidad sexual es positiva y fuerte; sin embargo, la relación entre estas últimas variables y el estigma sexual del envejecimiento es negativa.

Para las personas mayores, aspectos importantes en el bienestar sexual son las vivencias de la infancia y la educación recibida por parte de la familia. Según un artículo cualitativo realizado a 32 personas, existen familias donde los participantes tenían prohibido hablar o mostrar su sexualidad, e incluso se sancionaba negativamente (con más frecuencia en niñas). En otras familias, la sexualidad se trataba desde un enfoque más emocional y con disposición de informar a los propios hijos de asuntos sexuales y, en otras, directamente no se hablaba explícitamente del sexo (55).

La educación, por tanto, es un factor influyente en cómo las personas viven su sexualidad en la etapa adulta y en la vejez. Actualmente, el 50% de los estudiantes de enfermería creen que existe un prejuicio sexual entre la gente mayor, quienes lo consideran como algo asqueroso y sucio (56). Esto puede deberse a que la mayoría de los ancianos no recibieron ninguna educación formal sobre sexualidad en la escuela, y en la mayoría de los casos no tuvieron referentes que les informaran al respecto, ni que desmintieran falsas creencias. (55)

6.7. El papel de los profesionales de la salud

Numerosos artículos analizan el abordaje de la sexualidad de las personas mayores desde el punto de vista del profesional que lo realiza. En un estudio cualitativo realizado a 15 médicos con distintas especialidades (57), se objetivó que los médicos de familia no preguntaban tan a menudo a sus pacientes acerca de su sexualidad, lo que atribuyen a una carga de trabajo elevada, limitaciones de tiempo y miedo a ofender a sus pacientes. La mayoría centraba sus encuentros en hablar acerca de enfermedades, medicamentos y pruebas, dejando la sexualidad a un lado. Además, los que diagnosticaban problemas sexuales, lo hacían desde una perspectiva médica, ofreciendo fármacos como tratamiento principal.

Por otro lado, los médicos especializados en sexología (terapeutas sexuales) se sentían cómodos hablando del tema con sus pacientes; lo abordaban con naturalidad y diagnosticaban los problemas sexuales desde un punto de vista médico, social, psicológico... aportando una visión holística y enfatizando la importancia del componente emocional en el sexo.

Esto puede deberse a que el segundo grupo de médicos posee un nivel de formación mucho mayor acerca de la sexualidad que el primero, por lo que realizar un abordaje

correcto es más sencillo. El nivel de formación también reduce las actitudes y pensamientos negativos frente a la sexualidad; en un estudio realizado a 490 estudiantes de enfermería (56), la mayoría no tenían una opinión formada en 1º de carrera. Sin embargo, en 2º, 3º y 4º curso expresaban un mayor conocimiento del tema, y sus actitudes negativas decrecían.

Si analizamos los sentimientos que les genera a las personas el abordaje de la sexualidad en una consulta médica, obtenemos varios resultados. En un estudio cualitativo realizado en Francia (58), se formularon varias preguntas a los pacientes sobre su vida sexual y después se les preguntaba cómo se habían sentido al respecto. La principal emoción que expresan los pacientes fue la sorpresa, y al analizar las respuestas de las personas, se obtuvo que un gran porcentaje utilizó un estilo de lenguaje positivo, lo que sugiere que la pregunta era bienvenida. Muy pocos utilizaron un estilo de lenguaje negativo, y sólo 3 pacientes utilizaron explícitamente la palabra "vergüenza" para describir su reacción inicial.

Una de las preguntas que se hizo en este estudio fue: "Si tuviera dificultades sexuales, ¿hablaría de ellas con un médico?", a lo que el 32% respondió que lo hablaría espontáneamente en la consulta y el 52% esperaba a que el médico les hiciera la pregunta. Es decir, más de la mitad de los usuarios espera de su profesional de salud referente, que sea él quien pregunte sobre su sexualidad. En un estudio realizado a 316 personas (49), más del 60% estuvieron de acuerdo con que el equipo de atención primaria debe brindar información, preguntar de manera proactiva e indagar sobre los problemas sexuales de sus pacientes.

Entre los estudiantes existe la misma percepción; la mayoría (90,5%) no está de acuerdo con que la sexualidad sólo debe hablarse en el caso de que el paciente saque el tema. Sin embargo, la mitad de ellos no busca el momento para hablar de ello con sus pacientes, ni se sienten seguros de hacerlo (5). La inseguridad que sienten los estudiantes a la hora de realizar un abordaje con relación a la sexualidad podría estar relacionada con sentimientos de "no ser la persona adecuada" e "incompetencia" (59)

Los estudiantes, en general, están bien formados con respecto a la sexualidad y deberían ser capaces de realizar un abordaje en la consulta, ya que según un estudio (5) el 95% de los estudiantes fue informado sobre salud sexual; solo el 8% de estudiantes afirmó tener información insuficiente sobre salud sexual, lo que indica que la cantidad de información proporcionada desde las universidades es adecuada.

Además, los estudiantes son conscientes de la importancia del bienestar sexual entre las personas de la tercera edad, ya que, un poco más de la mitad de los estudiantes opinan que el sexo es una necesidad básica (también en los ancianos), el 96,8% cree que la sexualidad es uno de los problemas que más preocupan a la sociedad y casi tres cuartas partes opina que afecta a la calidad de vida (56).

A pesar de poseer la información suficiente y haber adoptado una visión anti edadista en cuanto a la sexualidad, los estudiantes no se sienten capaces de realizar un correcto abordaje a la persona en la consulta con respecto a su salud sexual. Esto puede deberse a que, aunque la formación teórica impartida sea la correcta, hay una falta de conocimiento en cuanto a las técnicas de comunicación, u otras habilidades necesarias para establecer una relación terapéutica que permita abordar el tema de una manera cómoda. En uno de los artículos analizados (57), se mencionan tres cosas que son necesarias para facilitar el abordaje de la sexualidad en las personas mayores:

- Aumentar la visibilidad e importancia de la sexualidad de los ancianos; verlos como personas, con derechos sexuales y dejar de asociar la sexualidad con la juventud y belleza.
- Aumentar el nivel de conocimientos de los profesionales de salud, que no están correctamente formados desde la universidad, ni los conocimientos que se imparten están actualizados.
- Tener una actitud más abierta para el abordaje de este tema en la consulta. Hay que crear un clima de confianza y realizar una escucha activa. Son los médicos quienes tienen la responsabilidad de iniciar la conversación, no los pacientes.

7. LIMITACIONES

Entre las limitaciones más destacadas que hemos encontrado al realizar esta revisión bibliográfica, se encuentran que la mayoría de los estudios se centraba en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), sobre todo entre adolescentes.

Por otro lado, en los artículos en los que se abordaba la sexualidad en las personas mayores, se hablaba sobre todo de las patologías más frecuentes, sin hablar de las causas que las provocan, por lo que es complicado poder hablar de prevención si estas no se conocen.

La limitación más importante que hemos tenido es sobre la poca disponibilidad de artículos que existen sobre el papel que tenemos desde enfermería con respecto a la promoción del bienestar de la sexualidad en la tercera edad. Así como existen protocolos y numerosos estudios con respecto a la atención sexual en otros grupos de

edad, en la vejez no existe ninguna actuación enfermera protocolizada. Además, no hemos incluido ningún artículo realizado en España, por lo que tampoco se ha podido analizar el rol enfermero en nuestro país.

Como líneas futuras, creemos que puede ser enriquecedor para mejorar la atención sexual geriátrica investigar con respecto a actuaciones y abordajes en el ámbito de enfermería en la atención primaria y comunitaria. Así pues, las consultas son donde se detectan las disfunciones sexuales de las personas mayores, sobre todo mediante cuestionarios. Con respecto a ellos, creemos que también podría ser otra posible línea futura de investigación, ya que se ha observado que los cuestionarios difieren notablemente según vayan dirigidos a mujeres o a hombres.

Por un lado, las pruebas dirigidas a mujeres contemplan muchos aspectos y están conformadas por más preguntas que los cuestionarios dirigidos a los hombres. Por ejemplo, la escala IFSF, la más utilizada entre las mujeres, se compone de 19 ítems que, además de valorar las limitaciones físicas, tiene en cuenta el vínculo emocional con la pareja, entre otros aspectos psicosociales. Sin embargo, las escalas dirigidas a los hombres (SQUED, IIFE), contemplan únicamente cuestiones físicas relacionadas con las disfunciones sexuales, dejando de lado el entorno emocional del paciente.

Los estudios demuestran que en la sexualidad intervienen factores psicológicos y relacionales en ambos sexos, por lo que consideramos necesaria la implementación de cuestionarios que engloben estos aspectos también en el sexo masculino.

8. CONCLUSIONES

Tras realizar el análisis de los artículos seleccionados en esta revisión bibliográfica, se puede afirmar que se ha logrado dar respuesta a los objetivos planteados inicialmente.

Los resultados de esta revisión nos han permitido conocer las causas que limitan la sexualidad en personas de la tercera edad, y demuestran que no hay una sola causa que influya en este aspecto, así pues, esta se relaciona con la edad, la disponibilidad de pareja, el bienestar e intimidad en la pareja, las patologías físicas y/o mentales, el sexo y el estigma sexual.

Es decir, la evidencia confronta la creencia edadista que suele regir en la sociedad actual, de que las personas mayores dejan de ser sexualmente activas por el hecho de tener una edad avanzada. Así pues, los estudios concluyen que la calidad de la actividad sexual en la etapa final del ser humano depende más de factores psicológicos (el

impacto del estigma sexual, intimidad...) y sociales (disponibilidad de pareja, roles tradicionales de género) que, de la edad en sí, siempre que no existan enfermedades (físicas o mentales) que limiten estas actividades.

Las patologías más frecuentes que padecen las personas mayores de 60 años relacionadas con la sexualidad son, en el caso de las mujeres, la sequedad vaginal y los problemas para alcanzar el orgasmo; y en el caso de los hombres, la disfunción eréctil y la eyaculación precoz.

Es importante que los profesionales de la salud tengan esta información presente a la hora de dar una atención de calidad a las personas que padecen disfunciones sexuales, ya que estas se presentan muy a menudo a partir de los 60 años en la población.

Una vez se conocen cuáles son los problemas de salud más prevalentes, se puede invertir más tiempo en estudiar su epidemiología, para así realizar una prevención primaria en la población (evitando su aparición, dando consejos de salud, abordando la sexualidad en todas las edades...), así como prevención secundaria y terciaria, conociendo sus abordajes y tratamientos más indicados. También, se ha podido observar, con los cuestionarios que se utilizan para valorar las DS que hay una clara diferencia entre ambos sexos. Por ejemplo, en los cuestionarios dirigidos a las mujeres los aspectos que se tenían en cuenta eran, sobre todo, emocionales, y en el caso de los hombres que eran más sobre la propia patología.

A la hora de describir el papel de los profesionales de la salud en la atención sexual de las personas mayores, se ha podido concluir que, a día de hoy, existe un modelo médico en el que la disfunción sexual es abordada con tratamiento farmacológico sin centrarse en conocer las causas. Esto se puede deber a la comodidad y a la gran carga de trabajo que tienen los profesionales de salud. No obstante, el conocimiento sobre la sexualidad hace que sea mucho más fácil y cómodo hablar sobre estos temas con las personas mayores. Lo mismo ocurre con los estudiantes de enfermería, ya que a medida que aumenta el nivel de conocimiento se disminuyen las actitudes negativas.

En relación con el análisis de sentimientos que genera en los estudiantes de enfermería tratar la sexualidad en las personas mayores, podemos concluir que, una gran parte cree que es una necesidad básica y que afecta a la calidad de vida de las personas mayores. Además, muchos estudios concluyen que los estudiantes no se sentían capaces de abordar correctamente la temática con personas mayores, aunque el conocimiento sea correcto, dado que, a nivel de técnicas comunicativas se sentían inseguros.

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Roda MP, Robles NDC. Abordaje enfermero de la sexualidad en pacientes de salud mental de Asturias. Un estudio Dephi. Revista Española de Enfermería de Salud Mental [Internet]. 12 de diciembre de 2019 [citado 26 de abril de 2024];(9). Disponible en: <http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/65>
2. Melenciano S. Fundación Sexpol. 2019 [citado 26 de abril de 2024]. El sexo y el bienestar. Disponible en: <https://www.sexpol.net/el-sexo-y-el-bienestar/>
3. Esperanza de Vida. INE [Internet]. 2024 [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
4. Envejecimiento y salud. OMS [Internet]. 2022 [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Senturk Erenel A, Cicek Ozdemir S. Attitude and Behaviors of Senior Nursing Students in Assessment of Sexual Health. Sex Disabil [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 29 de abril de 2024];38(3):503-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09642-3>
6. Informe mundial sobre el edadismo - Resumen. OMS [Internet]. 2021 [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020504>
7. Salud sexual. OMS [Internet]. [citado 16 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
8. Salud sexual. Gobierno de las Islas Baleares [Internet]. [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.caib.es/sites/salutsexual/es/sexualidad_y_salud_sexual/
9. Solá García M. Guía básica sobre diversidad sexual y de género [Internet]. 2020 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/-235-f-es.pdf>
10. Kaplan DB. Manual MSD. 2023 [citado 18 de marzo de 2024]. Intimidad en los ancianos. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es->

- [es/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/intimidad-en-los-ancianos](#)
11. Informe mundial sobre el edadismo. OMS [Internet]. 2022 [citado 18 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
 12. Envejecimiento y salud. OMS [Internet]. 2022 [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
 13. Altam A. Discriminación. Enciclopedia de Filosofía de Stanford. 2020 [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://plato.stanford.edu/entries/discrimination/>
 14. Ben-Harush A, Shiovitz-Ezra S, Doron I, *et al.* Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *Eur J Ageing* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 18 de marzo de 2024];14(1):39-48. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-016-0389-9>
 15. Officer A, de la Fuente-Núñez V. A global campaign to combat ageism. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2018 [citado 23 de mayo de 2024]. Vol. 96, p. 295-6. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/272415>
 16. Promoción del buen trato. Prevención del edadismo. Ministerio de Sanidad [Internet]. 2023 [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/buenTratoEdadismo.htm>
 17. Irvin H. Introducción a la función y disfunción sexual en los hombres. Manual MSD. 2023 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-masculina/funci%C3%B3n-y%20disfunci%C3%B3n-sexual-en-los-hombres/introducci%C3%B3n-a-la-funci%C3%B3n-y%20disfunci%C3%B3n-sexual-en-los-hombres>
 18. Conn A, Hodges K.R. Generalidades sobre la función y la disfunción sexual femenina. Manual MSD. 2023 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-sexual-femenina/generalidades-sobre-la-funci%C3%B3n-y-la-disfunci%C3%B3n-sexual-femenina>

19. Portillo S, Perez T, Royuela A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas [Internet]. Vol. 60, Prog Obstet Ginecol. 2017 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6101901>
20. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 2014 [citado 23 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
21. Cambroneró Santos J. Disfunciones sexuales. Quirónsalud [Internet]. [citado 14 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/es/comunicacion/actualidad/disfunciones-sexuales-afectan-4-10-poblacion>
22. Irvin H. Eyaculación precoz. Manual MSD. 2022 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-masculina/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-sexual-en-los-hombres/eyaculaci%C3%B3n-precoz>
23. Irvin H. Eyaculación retrógrada. Manual MSD. 2022 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-masculina/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-sexual-en-los-hombres/eyaculaci%C3%B3n-retr%C3%B3grada>
24. Irvin H. Eyaculación ausente. Manual MSD. 2022 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-masculina/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-sexual-en-los-hombres/eyaculaci%C3%B3n-ausente>
25. Irvin H. Disfunción eréctil. Manual MSD. 2022 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-masculina/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-sexual-en-los-hombres/disfunci%C3%B3n-er%C3%A9ctil>
26. Conn Allison, Hodges KR. Trastorno de dolor genitopélvico/trastorno de penetración. Manual MSD. 2023 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-sexual-femenina/trastorno-de-dolor-genitop%C3%A9lvico-trastorno-de-penetraci%C3%B3n>

27. Conn A, Hodges K. Trastorno del orgasmo femenino. Manual MSD . 2023 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-sexual-femenina/trastorno-del-orgasmo-femenino>
28. Conn A, Hodges Kelly R. Trastorno del interés sexual/excitación. Manual MSD . 2023 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-sexual-femenina/trastorno-del-inter%C3%A9s-sexual-excitaci%C3%B3n>
29. Alcoba SL, García-Giralda Luis, San Martín Carlos. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales: atención primaria de calidad [Internet]. International Marketing & Communications. 2004 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/guia_disfunciones%20sexuales.pdf
30. Rodriguez M. Causas psicológicas de las disfunciones sexuales. 2019 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://maria-rodriguez-carbajal.com/causas-psicologicas-las-disfunciones-sexuales>
31. Los 4 grandes principios bioéticos. VIU España [Internet]. 2021 [citado 24 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/los-4-grandes-principios-bioeticos>
32. Villar F, Celdrán M, Fabà J, Serrat. Rodrigo, Martínez T. Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores. Guía de actuación para profesionales. 2017 [citado 22 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiasexualidad2017.pdf>
33. González Romera J. Guía sobre la sexualidad en la madurez y en la vejez. [Internet]. 2021 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://fundaciontriangulo.org/wp-content/uploads/2021/10/GUIA-SEXUALIDAD-MADUREZ-Y-VEJEZ.pdf>
34. Gaviria M, Ortiz PA, Rueda KP, *et al.* Herramientas para la evaluación integral de la función sexual en pacientes con esclerosis múltiple. Neurología [Internet]. 1 de abril de 2023 [citado 24 de marzo de 2024];38(3):197-205. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0213485320302206&r=295>

35. García-Peñalvo FJ. Desarrollo de estados de la cuestión robustos: Revisiones Sistemáticas de Literatura. Education in the Knowledge Society (EKS) [Internet]. 11 de abril de 2022 [citado 16 de abril de 2024];23:e28600-e28600. Disponible en: <https://revistas.usal.es/tres/index.php/eks/article/view/28600/27681>
36. Fernandez-Mallorals G, Labeaga JM, Lopez J. Las Personas Mayores en España. IMSERSO [Internet]. 2021 [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: https://imserso.es/documents/20123/0/informe_ppmm_2018.pdf/286268bb-a0e9-6b2d-693d-e3b2f0204929
37. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, *et al.* The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. The BMJ. 29 de marzo de 2021;372.
38. Beerepoot S, Luesken SWM, Huisman M, Deeg DJH. Enjoyment of Sexuality and Longevity in Late Midlife and Older Adults: The Longitudinal Ageing Study Amsterdam. J Appl Gerontol [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 29 de abril de 2024];41(6):1615-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35324364/>
39. Syme ML, Cohn TJ. Aging sexual stereotypes and sexual expression in mid- and later life: examining the stereotype matching effect. Aging Ment Health [Internet]. 2021 [citado 29 de abril de 2024];25(8):1507-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758909>
40. Stentagg M, Skär L, Berglund JS, Lindberg T. Cross-Sectional Study of Sexual Activity and Satisfaction Among Older Adults's ≥ 60 Years of Age. Sex Med [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 29 de abril de 2024];9(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33676227/>
41. Erens B, Mitchell KR, Gibson L, Datta J, Lewis R, Field N, *et al.* Health status, sexual activity and satisfaction among older people in Britain: A mixed methods study. PLoS One [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 29 de abril de 2024];14(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30917152/>
42. Beerepoot S, Luesken SWM, Huisman M, Deeg DJH. Enjoyment of Sexuality and Longevity in Late Midlife and Older Adults: The Longitudinal Ageing Study Amsterdam. J Appl Gerontol [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 29 de abril de 2024];41(6):1615-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35324364/>
43. Graham CA, Štulhofer A, Lange T, Hald GM, Carvalheira AA, Enzlin P, *et al.* Prevalence and Predictors of Sexual Difficulties and Associated Distress Among

- Partnered, Sexually Active Older Women in Norway, Denmark, Belgium, and Portugal. Arch Sex Behav [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 29 de abril de 2024];49(8):2951-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32533517/>
44. Freak-Poli R. It's not age that prevents sexual activity later in life. Australas J Ageing [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 29 de abril de 2024];39(S1):22-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.12774>
45. Carvalheira A, Graham C, Stulhofer A, Traen B. Predictors and correlates of sexual avoidance among partnered older adults among Norway, Denmark, Belgium, and Portugal. Eur J Ageing [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 29 de abril de 2024];17(2):175-84. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-019-00540-y>
46. Slayday RE, Bell TR, Lyons MJ, Warren, Ba TS, Toomey R, Vandiver R, et al. Erectile Function, Sexual Satisfaction, and Cognitive Decline in Men From Midlife to Older Adulthood. Gerontologist [Internet]. 1 de marzo de 2023 [citado 29 de abril de 2024];63(2):382-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194190/>
47. Boyacıoğlu NE, Oflaz F, Karaahmet AY, Hodaei BK, Afşin Y, Taşabat SE. Sexuality, quality of life and psychological well-being in older adults: A correlational study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X [Internet]. 1 de marzo de 2023 [citado 29 de abril de 2024];17:2590-1613. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100177>
48. Lonza A, Štulhofer A, Graham C. Emotional Intimacy and Distress About Sexual Difficulties in Partnered Older European Men and Women: A Network Analysis. J Sex Marital Ther [Internet]. 3 de julio de 2020 [citado 29 de abril de 2024];46(5):474-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1760979>
49. Shepardson RL, Mitzel LD, Trabold N, Crane CA, Crasta D, Funderburk JS. Sexual Dysfunction and Preferences for Discussing Sexual Health Concerns Among Veteran Primary Care Patients. J Am Board Fam Med [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 29 de abril de 2024];34(2):357-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33833004/>
50. Júnior EV de S, Souza CS, Filho BF da S, Siqueira LR, Silva CDS, Sawada NO. Sexual function positively correlated with older adults' sexuality and quality of life.

- Rev Bras Enferm [Internet]. 2022 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35946725/>
51. Silva NCM da, Storti LB, Lima GS, Reis RK, de Araújo TF, Kusumota L. Sexuality and assessment of physical and psychological symptoms of older adults in outpatient care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34259721/>
 52. Júnior EV de S, Cruz DP, Siqueira LR, Pirôpo US, Rosa RS, Silva Filho BF da, et al. Sexuality and its effects on older adults' depressive symptoms and quality of life. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023 [citado 29 de abril de 2024];76(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36753192/>
 53. Siegel JK, Kung SY, Wroblewski KE, Kern DW, McClintock MK, Pinto JM. Olfaction Is Associated With Sexual Motivation and Satisfaction in Older Men and Women. J Sex Med [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 29 de abril de 2024];18(2):295-302. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33423973/>
 54. Štulhofer A, Jurin T, Graham C, Janssen E, Træen B. Emotional intimacy and sexual well-being in aging European couples: a cross-cultural mediation analysis. Eur J Ageing [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 29 de abril de 2024];17(1):43-54. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-020-00568-5>
 55. Schaller S, Traeen B, Lundin Kvaalem I, Hinchliff S. Linking the past and the present: constructing meaning from childhood emotional and sexual experiences towards present sexual well-being in older adults. Sexual and Relationship Therapy [Internet]. 2 de julio de 2020 [citado 29 de abril de 2024];35(3):382-99. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1539227>
 56. Aktas F, Dagli E, Ozerdogan N. International Journal of Caring Science. 2022 [citado 29 de abril de 2024]. Evaluation of Midwifery and Nursing Students' Knowledge and Attitudes towards sexuality in the Elderly. Disponible en: <https://web-p-ebsscohost-com.sabidi.urv.cat/ehost/detail/detail?vid=0&sid=17625bcc-5b80-43fa-ad03-3527145e3771%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=159484037&db=c8h>
 57. Levkovich I, Gewirtz-Meydan A, Ayalon L. Communicating with older adults about sexual issues: How are these issues handled by physicians with and without training in human sexuality? Health Soc Care Community [Internet]. 1 de

septiembre de 2021 [citado 29 de abril de 2024];29(5):1317-26. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32965053/>

58. Zéler A, Troadec C. Doctors Talking About Sexuality: What Are the Patients' Feelings? *Sex Med* [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 29 de abril de 2024];8(4):599-607. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.1016/j.esxm.2020.08.012>
59. Wilschut VFC, Pianosi B, van Os-Medendorp H, Elzevier HW, Jukema JS, den Ouden MEM. Knowledge and attitude of nursing students regarding older adults' sexuality: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 29 de abril de 2024];96. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33152640/>

10. ANEXOS

FASE	ORGANOS GENITALES		REACCIONES EXTRAGENITALES (AMBOS SEXOS)
	Masculino	Femenino	
Excitación	<ul style="list-style-type: none"> -Erección del pene -Aumento de tamaño y elevación de los testículos -Tumescencia del glande (color purpura) -Secreción mucoide (glándula uretral) 	<ul style="list-style-type: none"> -Tumescencia del clítoris y de labios menores -Lubricación vaginal -Alargamiento de tercios interiores de la vagina y elevación del útero -Estrechamiento del tercio externo de la vagina -Elevación del clítoris 	<ul style="list-style-type: none"> -Erección de los pezones -Aumento de la frecuencia cardiaca -Aumento de la presión arterial -Aumento de la ventilación -Rubor sexual -Aumento de las areolas mamarias -Aumento del tono muscular
Orgasmo	<ul style="list-style-type: none"> -Contracción de las vesículas seminales, próstata y conducto eferente -Contracción de los músculos bulbo e isquion-cavernosos con salida de líquido seminal -Contracción del esfínter anal 	<ul style="list-style-type: none"> -Contracción uterina -Contracción de la plataforma orgásmica vaginal -Contracción del esfínter anal 	<ul style="list-style-type: none"> -Espasmos musculares -Taquicardia -Aumento de presión arterial -Alteración de la conciencia -Secreción de oxitocina
Resolución	<ul style="list-style-type: none"> -Involución rápida de la erección del pene -Periodo refractario 	<ul style="list-style-type: none"> -Disminución lenta de la descongestión pélvica 	<ul style="list-style-type: none"> -Sudoración -Descenso de la presión arterial -Descenso de la frecuencia cardiaca

		-Pérdida de la tumescencia del clítoris y labios menores -Posible retorno a la fase orgásmica	-Secreción de prolactina
--	--	--	--------------------------

Tabla 1: resumen de los cambios genitales y extra-genitales que tienen lugar durante el coito. Fuente: libro *sexualidad humana: una aproximación integral*; creación propia.

Fármacos que pueden alterar la función sexual	
Fármacos con acción hormonal	Disminuyen la acción de la testosterona: antiandrógenos, esteroides, digoxina, ketoconazol...
	Aumentan los niveles de prolactina: metoclopramida, antidepresivos tricíclicos, fenotiazinas...
Fármacos psicotrópicos	Antipsicóticos y neurolépticos: fenotiazinas, haloperidol, tioxantinas...
	Antidepresivos: tricíclicos y tetracíclicos, carbonato de litio...
	Benzodiacepinas
Fármacos antihipertensivos	Simpatolíticos: clonidina, alfametildopa...
	Betabloqueantes: propranolol, atenolol...
	Diuréticos: tiazídicos, espironolactona...
Drogas de abuso	Alcohol
	Nicotina
	Anfetaminas
	Opiáceos
	Barbitúricos

Tabla 2: fármacos que pueden alterar la función sexual. Elaboración propia. Fuente: guía de buena práctica clínica en Disfunciones sexuales.(29)

IFSF-19 ó FSFI-19 ⁽²¹⁾
1. ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
2. ¿Cómo clasifica su nivel de deseo o interés sexual?
3. ¿Con cuanta frecuencia (f.) usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual (a.s.)?
4. ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la a.s.?
5. ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la a.s.?
6. ¿Con qué f. se sintió satisfecho con su excitación durante la a.s.?
7. ¿Con cuanta f. usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la a.s.?
8. ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la a.s.?
9. ¿Con qué f. mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la a.s.?
10. ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la a.s.?
11. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
12. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
13. ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la a.s.?
14. ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la a.s. entre usted y su pareja?
15. ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
16. ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?
17. ¿Cuán a menudo siente disconfort o dolor durante la penetración vaginal?
18. ¿Cuán a menudo siente disconfort o dolor tras la penetración vaginal?

Imagen 1: Cuestionario IFSF (34)